

ANNEE 1963

N° 659

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Georges PELLETIER

Né le 17 Décembre 1931 à LE CREUSOT (S-L)

Ancien Interne des Hôpitaux de TOURS

Ancien Prosecteur

Moniteur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de TOURS

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA TROMPE DE FALLOPE

EPITHELIOMAS - SARCOMES ET EPITHELIO-SARCOMES

Président de Thèse. : MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD

ANNEE 1963

N° -

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Georges PELLETIER

Né le 17 Décembre 1931 à LE CREUSOT (S-L)

Ancien Interne des Hôpitaux de TOURS

Ancien Prosecteur

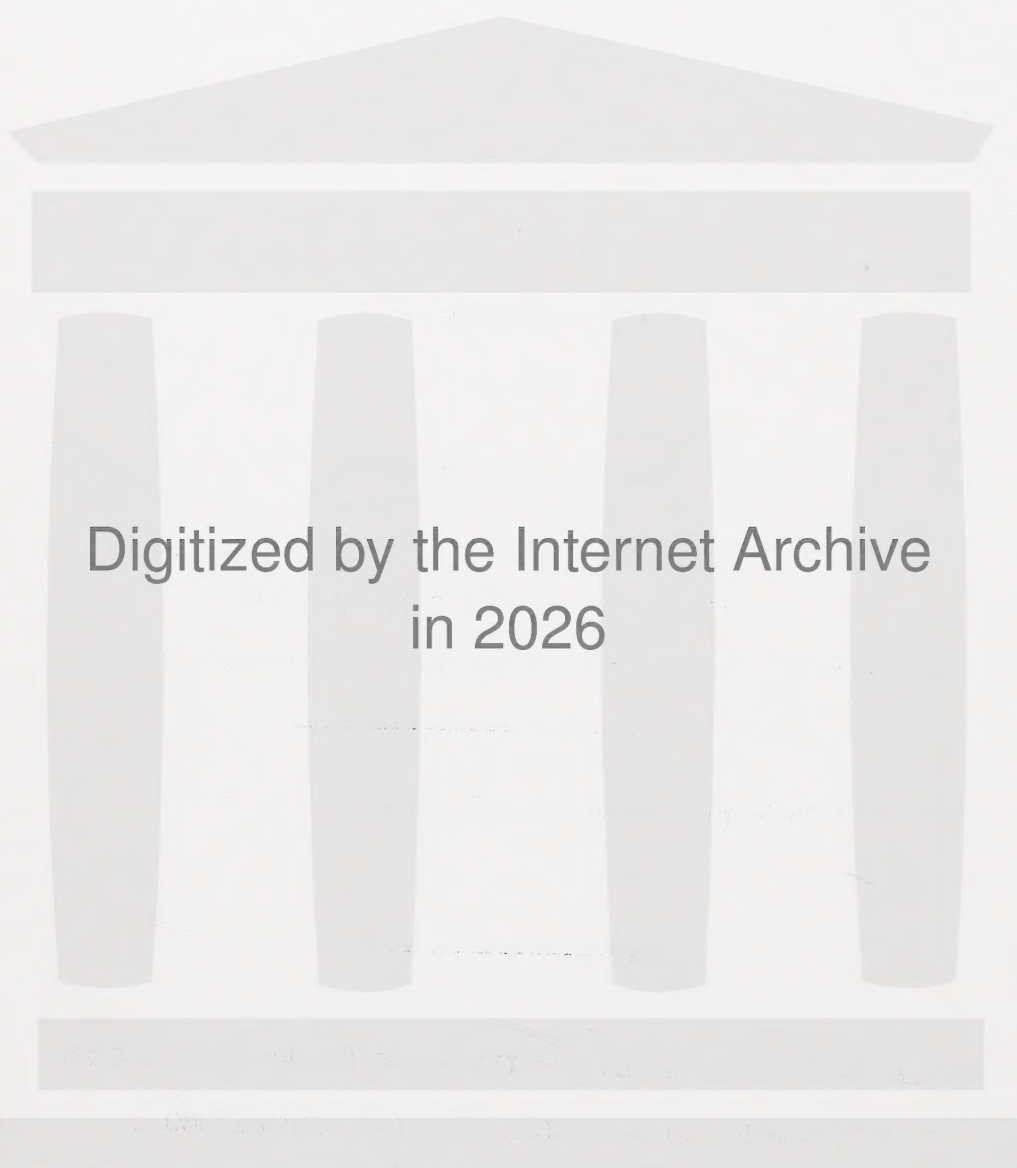
Moniteur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de TOURS

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA TROMPE DE FALLOPE

EPITHELIOMAS - SARCOMES ET EPITHELIO-SARCOMES

Président de Thèse : MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152014_0007

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE T., AUBIN A., BENARD H., BULLIARD H., CADENAT F.,
BROL E., DEBRE R., FEY B., GALLIARD H., GASTINEL P., HALPHEN E.,
ARD R., HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G., LAVIER G., LEVY-SOLAL E.,
N C., MATHIEU P., MOCQUOT P., MONOD R., MOUQUIN M., MOREAU R.,
LONGUET P., OLIVIER E., PASTEUR-VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS D.,
DELIEVRE R., QUENU J., RICHT C., SENEQUE J., STROHL A., TANON L.,
NE J. .

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut
1er Assesseur CORDIER G.
2e Assesseur CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

1°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

omé	MM.
omé pathologique	DELMAS A.
thésiologie	DELARUE J.
thimie médicale	BAUMANN J.
	) JAYLE M.F.
	(SCHAPIRA G.
ogie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT P.
ogie médicale	FAUVERT R.
érologie médicale et sociale	BERNARD J.
cyologie	TUCHMANN-DUPLESSIS
oire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	JOANNON P.
éologie	GIRQUD A.
ène et médecine préventive	N.....
icine du Travail	DESOILLE H.
icine légale	DEROBERT L.
robiologie (Bact. et vir.)	FASQUELLE R.
isitologie	BRUMPT
ologie chirurgicale	HUGUIER J.
ologie exotique	N.....
ologie expérimentale et comparée	MERKLEN F.P.
ologie médicale	MILLIEZ P.
ologie respiratoire	TURIAF J.
ologie et Thérapeutique générale	BOUDIN G.
armacologie	CHEYMOL J.
éologie	) BINET L.
	(BARGETON D.
éologie et Pathologie obstétricale	LEPAGE F.
ique Médicale	) DOGNON A.
	(DJOURNO A.
ologie médicale	DESGREZ H.
ique chirurgicale et chirurgie expérimentale	N.....
éapeutique	CONTE M.

b) <u>Professeurs à titre personnel</u> :		MM.
biochimie médicale	)	DESGREZ P.
biologie médicale		(POLONOVSKI J.
hygiène et Médecine préventive		BOURLIERE F.
pathologie chirurgicale		DEPARIS M.
pharmacologie		LAURENCE G.
physiologie		LEVY (Melle J.)
physique médicale		PARROT J.
		KELLERSHOHN L.

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :		
clinique Carninologique chirurgicale (Necker)	REDON H.	
linique Cardiologique (Broussais)	N.....	
liniques Chirurgicales (Beaujon)	LORTAT-JACOB J.L.	
	(Cochin)	LEGER L.
	(Hôtel-Dieu)	PATEL J.
	(Pitié)	CORDIER C.
	(Saint-Antoine)	GOSSET C.
	(Salpêtrière)	SICARD A.
	(Tenon)	OLIVIER Cl.
linique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE M.	
(Enfants-Malades)		
linique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE R.	
linique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	de GAUDART	
	d'ALLAINES .	
linique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Alennec)	MATHEY J.	
linique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.	
linique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY M.	
linique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO P.	
linique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS R.	
linique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA J.	
linique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET P.	
linique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.	
(Sainte-Anne)		
linique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER J.	
linique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL G.	
linique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE P.	
liniques médicales (Boucicaut)	LENEGRE J.	
	(Broussais)	SOULIE P.
	(Cochin)	JUSTIN-BESANCON L.
	(Cochin)	BROUET G.
	(Hôtel-Dieu)	BARIETY M.
	(Lariboisière)	SEZE S. de
	(Pitié)	DREYFUS G.
	(Saint-Antoine)	KOURILSKY R.
linique médicale d'Hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY C.	
linique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES L. de	
linique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT M.	
linique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID M.	
linique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN R.	

Cliniques obstétricales	(Baudelocque) (Foch-Suresnes)	LACOMME M. MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . .		VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu		RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . .		AUBRY M.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de- Paul)		LELONG M.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE J.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD E.
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .		MICHAUX L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .		COSTE F.
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX M.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE A.
Clinique toxicologique		GAULTIER M.
Clinique traumatologique		PADOVANI P.
Séméiologie médicale		DOMART A.
Séméiologie et clinique chirurgicale		POILLEUX F.
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE R.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).		TURPIN R.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR H. LHERMITTE F. PEQUIGNOT H.
--------------------	---

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES .

Anatomie	(CABROL C. COUINAUD C. GILLOT C. OLIVIER G.
Anatomie pathologique	) GAUTHIER-VILLARS (pr. s. ch.) ABELANET R. (BUSSET F.) CHOMETTE G. (GUYGOU Ch. m. conf) NEZELOF Ch. (ORCEL L.) PAILLAS J.
Anesthésiologie	(KERN E.) VOURCIEH G.
Bactériologie	(BARBIER P.) CHRISTOL D. (LE MINOR L.) TOURNIER P.
Biochimie médicale	) BAULIEU Et. m. conf (BOURILLON R.) CARTIER P. (DREYFUS J. et.) GONNARD P.

	mm.
Biochimie médicale	(KRUH J. JEROME H.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	(PLAS F.
Carcinologie	(BOIRON M. DENOIX P. MATHE G. SELIGMANN M.
Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE J. DUPEARAT E.
Electro-radiologie	(LEDOUX-LEBARD G.
Hématologie	(BESSIE M. BILSKI-PASQUIER G. DAUSSET J. DUHAMEL G.
Histologie	(COUJARD R. pr. s. ch. MAROIS M. RACADOT J.
Hydrologie	(BESANCON F. CORNET A.
Hygiène	(BOYER J. pr. s. ch. BLANCHER G. CORRE-HURST Mme L. SAPIN-JALOUSTRE H.
Maladies infectieuses	(BASTIN R. DUPONT V.
Médecine légale	(FOURNIER E. GUENIOT M. HADENGUE A.
Médecine du travail	(ALBAHARY C.
Neuro-Chirurgie	(PERTUISET B.
Obstétrique	(GRANJON A. HERVET E. LE LORIER G. LIVY J. MORIN P. MUSSET R. ROBEY M. SENEZE J. SUREAU C. THOYER-ROZAT J.
Ophthalmologie	(BREGEAT P. DUBOIS A. SARAUX H.
Orthopédie	(JUDET R. MEARY R. POSTEL M. RAMADIER J.
Oto-Rhino-Laryngologie	(DEBAIN J. PIALOUX P.

Parasitologie	(GOLVAN Y.)LAPIERRE J.
Pathologie chirurgicale	(BARCAT J.)BINET J.P. (CAUCHOIX J.)CERBONNET G. (CHATELIN C.L.)DUBOST Ch. (DUBOST Cl.)FAUREL J. (FLABEAU F.)GARBAY M. (GARNIER H.)de GAUDART-D'ALLAINES (GERMAIN A.)LATASTE J. (LEVEQUE B.)LOYGUE J. (MERCADIER M.)NATALI J. (PELLERIN D.)PERROTIN J. (ROBERT H.)THOMERET G.
Pathologie exotique	SCHNEIDER J.
Pathologie expérimentale	(BENHAMOU J./P.)BERTHAUX P. (BOIVIN P.)CROGNIER J. (HARTMANN L.)LOEPER J. (MAURICE J.)MIKOL Cl. (RICHTER G.
Pathologie médicale	)AUSSANNAIRE M. (BOUVIER J.)BOUVRAIN Y. (BRICAIRE H.)BRISAUD H. (BROCARD H.)BUGE A. (CATINAT J.)CHRETIEN J. (COBLENTZ B.)CONTAMIN F. (COURY C.)ETIENNE J.P. (FREZAL J.)FRITEL D. (HENNEQUET A.)HIMBERT J. (HOUSSET E.)LAROCHÉ Cl.)LESOBRE R.)MACREZ C. (MOREAU L.

	mm.
Pathologie médicale	(NICK J.) ROYER P. (TOURNEUR R.) WOLFROMM R.
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE J.) LEPERCQ G. (MANDE R.) MOZZICONACCI P. (POLONOVSKI C.) ROSSIER A. (VIL LATTE J.
Pharmacologie	(BOISSIER J.) LECHAT P.
Physiologie	(DURAND J.) BARNES G.) DEJOURS P. (GIRARD m. conf.) HUGELIN A.) SCHERRER J.) CHANTEUR J. (GOUGEROT L. m. conf.) p. s. ch. (GREMY F. (m. conf.) MILHAUD G. (PELLERIN P.) ROUCAYROL J.Cl. (TUBIANA M. m. conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS B.) MEYER A. (RENAULT P.
Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie infantile	(DENIKER P.) DUCHE D. (FLAVIGNY H.) LAPRESLE J.
Rhumatologie	DELBARRE F.
Stomatologie	(CERNEA P.) CHAPUT Mme A. m. c. a. (GRELLET M.
Thérapeutique	(CHASSAGNE P.) LAMOTTE M. (MARCHE J.
Urologie	(AUVERT J.) MOULONGUET A. (QUENU L.

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent .

Anatomie DEBEYRE J.

	MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER P.) AMELINE A. pr. s. ch. (VERNE J.M.
Clinique médicale	(PERRAULT M.) RAMBERT P. (THIEFFRY S.
Clinique obstétricale	(GRASSET J.) MAYER M.
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES P.) OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. NURO R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE R.
Clinique psychiatrique	BARUK H.
Clinique urologique	KUES R.

IV- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES .

Bactériologie	HAUDUROP P. pr. s. c
Pathologie chirurgicale	RUDLER J. pr. s. ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE et UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI E. et
LAUNAY C.

Secrétaire général de la Faculté	LENA J.
Secrétaire principal	Mle CHAINTREUIL G.
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	) M. le Docteur HAHN .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mle DUMAITRE P.
Bibliothécaires	(Mmes CONTET J.
	) FORGET F.
	(Mles LAURENT H.
	) LE NOIR G.
	(QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 Decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation .

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SOEUR

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous le remercions pour le grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur J.J. LIEFFRING

Chirurgien Chef du C.H.U. de TOURS

Mon Cher Maître,

Vous avez guidé avec une affectueuse indulgence
mes premiers pas d'externes.

J'ai eu le privilège et la grande joie de suivre
votre enseignement durant quatre années d'internat pendant
lesquelles j'ai admiré votre érudition souriante et l'inté-
grité de vos principes, votre vaste expérience et la sûreté
de votre technique.

Vous représentez pour moi, l'idéal que je m'effor-
cerai de suivre.

Que ce travail, que vous avez inspiré, soit le bien
modeste hommage que vous rende votre élève en gage de sa
reconnaissance, de son respect et de son affection.

A Monsieur le Docteur H. CORBINEAU

Je vous remercie de sa surveillance à votre égard

A Monsieur le Professeur Agrégé P. JOEARD

Qui eut l'amabilité de contrôler la rédaction
de la partie anatomo-pathologique de ce travail

A Monsieur le Docteur J. BILLARD

A Monsieur le Docteur E. ROY

A Monsieur le Docteur G. CHANTEPIE

Qu'ils soient remerciés pour les observations
qu'ils voulurent bien nous confier.

A nos Maîtres du C.H.U. "Bretonneau" de TOURS

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de TOURS

TUMEURS PRIMITIVES DE LA TROMPE DE FALLOPE

INTRODUCTION

L'épithélioma de la trompe de Fallope est connu depuis 1888, et les premières descriptions de sarcomes et de tumeur mixte ou épithélio-sarcome, datent respectivement de 1886 et 1892.

Malgré cette identification déjà lointaine, peu de cas sont décrits, l'affection étant rare.

C'est ainsi qu'on peut actuellement dénombrer :

- 905 épithéliomas
- 38 sarcomes
- 11 épithélio-sarcomes

Le diagnostic est difficile et pour découvrir la vérité il faut analyser des données cliniques imprécises, et confronter les résultats fournis par les examens paracliniques.

Après l'intervention, l'examen histologique affirmera le diagnostic, mais très souvent, c'est la coupe systématique des trompes qui permet de découvrir la tumeur maligne.

Ce qui rend cette affection si redoutable, c'est surtout la latence clinique de l'évolution qui entraîne un diagnostic tardif et la mise en route différée du traitement.

L'objet de cette thèse est donc d'étudier les tumeurs malignes de la trompe en utilisant neuf observations inédites

rassemblées au Laboratoire d'Anatomie-Pathologie du C.H.U. de TOURS, et en nous référant aux publications françaises et étrangères, pour essayer de préciser les possibilités de diagnostic précoce, seul moyen d'améliorer le pronostic de cette affection.

Après un exposé de nos observations suivi d'un bref rappel embryologique, anatomique et histologique, nous étudierons la symptomatologie clinique.

Nous envisagerons ensuite les difficultés du diagnostic et les moyens dont nous disposons pour y parvenir, avec une étude critique de chacun d'eux.

Un schéma de traitement est ensuite établi avant de tirer un élément pronostic.

Enfin, dans une dernière partie, nous étudierons plus rapidement les sarcomes pour nous attarder davantage sur les épithéliosarcomes dont nous rapportons les observations publiées.

Madame ROU... Jeanne, 52 ans, mariée et mère de 2 enfants, consulte en octobre 1958 pour des douleurs abdomino-pelviennes accompagnées de pertes séro-hématiques.

L'examen gynécologique permet de constater l'existence d'une volumineuse masse rénitente, fixée dans le pelvis.

Le diagnostic de tumeur ovarienne semble le plus probable.

L'intervention est pratiquée le 17 - 10 - 1958

- Professeur LIEFFRING -

C.R.O. Laparotomie sous-ombilicale

Masses pelviennes salpingiennes bilatérales

Tumeur énorme à droite, hydrosalpinx plongeant dans le Douglas.

Hystérectomie sub-totale.

Examen anatomo-pathologique : N° 12 988 du 26 - 10 - 58

Macroscopiquement :

- la trompe droite est dilatée : 8 cm x 4,5 cm x 4,5 cm.
- la surface externe apparaît lisse, mais sa lumière est remplie de petites masses végétantes friables.
- l'utérus pèse 70 grammes et contient quelques petits léiomyomes interstitiels.
- longueur de la cavité corporelle 4cm.

Histologiquement :

- la muqueuse tubaire est envahie par la prolifération

de formations papillaires ou tubulo-papillaires constituées de cellules cylindro-cubiques souvent nettement monstrueuses.

De nombreuses mitoses sont visibles.

Les formations tumorales infiltrent en certain point la paroi de la trompe dilatée et envahissent le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal.

Il s'agit d'un épithélioma papillaire de la trompe.

Les ovaires et l'utérus ne montrent pas d'envahissement tumoral.

L'endomètre est en état folliculinique atypique.

Les petits léiomyomes intersititiels du myomètre sont d'aspect histologiquement banal.

Devant l'allure des lésions constatées macroscopiquement un traitement par Radiumthérapie est institué immédiatement.

du 22- 10 - au 27 - 10 . Un tube de 10mg. Intra-cervical

Trois tubes de 10 mg. vaginaux
soit une dose totale de 4 800 mgh.

En 1961, le 25 - 10, la malade est hospitalisée pour des douleurs de type radiculaire, irradiant en ceinture dans la région lombaire.

Les radiographies de la colonne vertébrale montrent une ostéoporose diffus et la douzième dorsale en voie de disparition.

Un traitement de radiothérapie est effectué sur la métastase de la colonne dorsale.

En novembre 1961, elle consulte de nouveau pour la persis-

5
tance des douleurs en ceinture et pour l'apparition d'une douleur sous-costale droite. La radio pulmonaire ne montre rien.

En mars 1962, nouvelle consultation motivée par une recrudescence des douleurs thoraciques avec gêne respiratoire.

Il y a matité franche dans l'hémithorax droit et la ponction ramène 200 cm³ de liquide hémorragique.

On injecte par la même aiguille, 600 mg d'endoxan.

Une radiographie thoracique montre une opacité pleurale, d'origine certainement métastatique.

D'autre part une radiographie de la colonne confirme les images de métastases osseuses au niveau de la charnière dorso-lombaire et touchant plusieurs vertèbres.

En avril une autre ponction de plèvre est pratiquée qui permet l'injection de 200 mg d'endoxan après avoir ponctionné 550 cm³ de liquide séro-hémorragique.

Ayant regagné son domicile assez notablement améliorée, elle devait décéder en juillet 1962.

Pour cette malade opérée en 1958, la survie a été de 4 ans.

OBSERVATION N° 2

Due à l'obligeance du Docteur B. ROY

Madame DAV... Yvonne, mariée sans enfant, est âgée de 49 ans quand elle consulte pour des douleurs abdomino-pelviennes droites. Habituellement bien réglée, elle présente depuis deux mois des irrégularités dans le cycle.

Dans ses antécédents on relève un abcès du Douglas qui fut ouvert en 1949 par rectotomie.

L'examen gynécologique effectué le 20 octobre 1959 permet de sentir dans le cul de sac postéro-droit une petite masse assez régulière sensible, à pôle inférieur gros comme une pêche, mais difficile à préciser en raison de l'adiposité et l'impossibilité de limiter le corps utérin.

Le col est normal.

Le diagnostic évoqué est celui d'annexite.

Le 12 novembre 1959, Intervention effectuée par

le Docteur B. ROY.

- médiane sous-ombilicale
- adhérences épiploïques dans le petit bassin
- hydrosalpinx gauche adhérent
- prosalpinx droit encore plus adhérent
- utérus fibromateux

Hystérectomie sub-totale. Le petit bassin saignant oblige au drainage

Péritonisation haute avec drain de Penrose.

Paroi en trois plans.

L'ovaire gauche est laissé en place

Compte-rendu histologique : examen anatomo-pathologique N° 15 167
Du 21-11-1959, le suivant .

Macroscopiquement

Poids de la pièce : 110 g.

Longueur de la cavité : 5 cm.

Léiomyome interstitiel de 3,5 cm. de diamètre

Histologiquement :

Epithélioma tubaire massif.

La lumière de la trompe attenante à l'ovaire enlevé est dilatée par un bourgeon tumoral de 1 cm. de diamètre environ, constitué de travées richement anastomosées entourées d'un stroma fortement inflammatoire.

Les cellules de ces travées sont de formes polygonales et ne présentent pas de différenciations notables.

Mitoses et monstruosité nucléaires y sont fréquentes.

Dans la zone d'implantation de la tumeur, on observe un début d'infiltration de la paroi tubaire.

La trompe du côté opposé présente des lésions de salpingite chronique.

Son chorion muqueux est très riche en macrophages à cytoplasmes volumineux.

L'endomètre est en état folliculino-lutéinique typique.

Le léiomyome ne présente pas de particularité histologiques notables.

Un traitement radiothérapique a été institué.

Dose totale 8 100 r sous 200 Kv. répartis en 36 séances.

Ce traitement oblige à un traitement hormonal et fut bien supporté.

Revue en Avril 1963, Madame DAV... est toujours en bon état.

OBSERVATION N° 3

Madame GOD..., marie, 62 ans, mariée, sans enfant, mais ayant fait 2 fausses couches, ménopausée depuis 12 ans, consulte le 22 - 12 - 1959 pour des métrorragies survenues brutalement huit jours avant.

Elle se plaint d'autre part d'une cystite importante.

L'examen gynécologique permet de constater l'existence d'un très volumineux fibrome.

- Intervention le 6 - 1 - 1960 - Docteur BILLARD

Hystérectomie subtotale emportant les ovaires.

L'appendice n'est pas enlevé.

Le compte-rendu anatomo-pathologique est reçu le 16 - 1 - 60
N° 15 568.

Macroscopiquement :

Hysterectomie sub-totale

poids de la pièce : 425 g.

Longueur de la cavité : 4 cm.

Léiomyome sous-séreux de 8 cm. de diamètre.

Autres léiomyomes sous-muqueux et interstitiels dont certains sont calcifiés.

Une des trompes apparait dilatée, 3 cm. de diamètre max., et contient des formations tumorales friables.

Histologiquement :

Epithélioma papillaire de la trompe.

Les formations papillaires ramifiées, aux axes inflammatoires, sont revêtues par plusieurs assises de cellule atypiques ou monstrueuses parmi lesquelles les mitoses sont nombreuses.

Il ne paraît pas exister de franchissement anatomique ou histologique de la musculature tubaire.

L'endomètre, les ovaires et la trompe du côté opposé à la tumeur sont d'aspect régressif.

La malade quitte la maison de santé le 20 janvier 1960. Elle est revue le 11 mars de la même année.

L'état général est très bon et l'état local apprécié au toucher est absolument normal.

Le 15 septembre 1962, nouvelle hospitalisation d'urgence pour un syndrome abdominal aigu, faisant craindre une appendicite aiguë.

Intervention en urgence le 15 septembre 1962.

C.R.O. Incision iliaque droite.

A l'ouverture du péritoine on trouve du sang et un appendice simplement inflammatoire.

On referme en trois plans et on décide une médiane.

Médiane sous-ombilicale.

On trouve du sang en petite quantité dans le péritoine (200 cm³ environ), et après de nombreux efforts on trouve l'origine de la fuite. Celle-ci siège sur l'artère iliaque sous la forme d'un caillot qui peut être soit un début de rupture d'anévrisme, soit une récurrence métastatique.

Devant l'impossibilité d'assurer une hémostase en cas d'anévrisme on prélève un fragment de la poche et on referme.

La malade est alors adressée à un service spécialisé.

Entre temps, le compte-rendu de l'examen du prélèvement para-vasculaire N° 21 650 du 21 septembre 1962 ne permet pas de trancher.

Les prélèvements examinés ne permettent d'observer que des caillots fibrino-cruoriques infiltrés de nombreux pdynucléaires.

Ils proviennent peut-être d'une petite rupture vasculaire ou d'anévrisme dont la paroi ne serait pas visible.

On ne rencontre aucune cellule tumorale dans les limites de ces prélèvements.

Nous n'avons pas reçus de renseignements opératoires ou anatomo-pathologiques.

La malade est rentrée à la clinique de nouveau en octobre 1962 et devait décéder chez elle peu de temps après, soit environ 2 ans après la première intervention.

Une nouvelle intervention exploratrice ayant révélé une carcinose généralisée de la cavité péritonéale sans qu'il soit possible de tenter quoi que ce soit.

Il faut noter la flambée massive et extrêmement rapide de cette carcinose qui s'est développée entre deux interventions séparées par un mois.

Due à l'obligeance du Docteur B. ROY

Madame C... Marguerite, âgée de 58 ans, mariée et mère de famille, est hospitalisée le 7 janvier 1960 pour un syndrome sub-occlusif.

En outre, depuis quelques jours, sont apparues des pertes sanglantes accompagnées de douleurs abdominales basses.

L'état général est bien conservé .

L'examen gynécologique met en évidence la présence d'une masse pelvienne fixée qui fait penser à une affection inflammatoire.

Un traitement par antibiotiques et Propidon est institué pour refroidir les lésions.

Le 2 février 1960, intervention exploratrice

Docteur B. ROY.

- médiane sous-ombilicale
- masse annexielle fixée d'allure tumorale
- hystérectomie sub-totale difficile
- mèche de sorbacel pour suintement persistant, pas de péritonisation possible
- paroi en trois plans au bnlon

Un petit nodule épiploïque a été retiré pour examen, on le suspecte d'être une métastase.

Compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique N° 15 620.

Macroscopiquement : Poids de la pièce : 117 g.

longueur de la cavité corporelle :

4 cm.

Tumeur anexielle gauche :

6 cm x 4 cm x 4 cm.

Histologiquement :

Epithélioma papillaire de la trompe,
de structure végétante.

Les formations tumorales qui emplissent la cavité tubaire dilatée sont entourées par une coque fibreuse dense qui paraît rompue en un point.

Certaines végétations sont largement nécrosées.

Les cellules tumorales sont de petites tailles et les anomalies nucléaires sont peu fréquentes, mais les mitoses sont nombreuses.

Le nodule épiploïque est constitué par une métastase de l'épithélioma tubaire.

L'ovaire et la trompe du côté opposé ainsi que l'endomètre sont d'aspect régressif, post-ménopausique.

On n'y rencontre pas de métastases tumorales.

La malade quitte la maison de Santé le 20 février 1960 et regagne son domicile dans le Lot.

Elle a été perdue de vue depuis lors.

OBSERVATION N° 5

Madame FOU... Léone, âgée de 64 ans, mariée, mère de un enfant, consulte pour des pertes hématiques et des troubles urinaires discrets, de type pollakiurie.

L'état général est très bon et aucun amaigrissement n'est signalé.

L'examen rend compte de la présence d'un utérus augmenté de volume en masse.

Le diagnostic est celui de cancer de l'utérus.

L'examen du col au spéculum montre que celui-ci est d'aspect inflammatoire.

Sur cet aspect cervical, une hystérectomie totale est décidée. Elle est effectuée le 3 - 2 - 1960 - Professeur LIEFFRING -

C.R.O. Médiane sous-ombilicale

Utérus fibromateux avec noyaux sous-séreux

Trompe droite dilatée par un hématosalpinx.

Hysterectomie totale selon la technique habituelle.

Examen anatomo-pathologique N° 15 632 du 12 - 2 - 1960

Macroscopiquement : Poids de la pièce : 250 gr.

Longueur de la cavité : 7 cm.

Petite léiomyomes sous-séreux et interstitiels

Hématosalpinx droit.

Histologiquement : Sur la paroi de la trompe droite, dilatée, un petit bouquet de végétations de 2 cm de diamètre sur 0,4 cm de

hauteur, montre une structure histologique papillaire et trabéculaire avec des atypies et des monstruosités cellulaires si marquées que l'on ne peut porter que le diagnostic d'épithélioma tubaire, de forme végétante, circonscrite, commençant à envahir la paroi de la cavité de l'hémato-salpinx.

La muqueuse exocervicale montre une infiltration inflammatoire nette subchronique et d'assez nombreux infiltrats hémorragiques sous-épithéliaux.

L'épithélium malpighien exocervical est dépourvu d'atypies cellulaires.

L'endomètre est d'aspect régressif.

L'un des ovaires contient quelques petits kystes séreux d'origine germinative.

La malade était en bon état fin 1962.

OBSERVATION N° 6

Madame BOI... Colette 46 ans -mariée - 1 enfant.

Consulte pour l'apparition de pertes jaunâtres dont l'abondance augmente dans la seconde phase du cycle et qui diminue au voisinage de la menstruation.

L'examen gynécologique permet de constater l'existence d'un utérus normal de taille mais rétrofléchi, et d'une masse annexielle, d'allure kystique du volume d'une petite orange un peu allongée, un peu sensible à droite.

Le diagnostic clinique est celui d'hydrosalpinx.

Une intervention est pratiquée le 20 - 6 - 1961 par le Professeur LIEFFRING..

Hysterectomie sub-totale pour hématosalpinx droit et kyste de l'ovaire gauche.

Examen anatomo-pathologique

18 621 - 29 jün 1961.

Macroscopiquement : poids du corps de l'utérus : 65 g.

Longueur de la cavité : 4 cm.

Hydro-hémato-salpinx droit : 9 x 5 x 5

Dans la paroi de la trompe dilatée, masse tumorale d'olive de 3 x 2 ,
5 x 1, 2 Kyste de l'ovaire gauche.

Histologiquement : Epithélioma tubaire de forma circonscrite.
Les cellules tumorales sont groupées en travées anastomosées le plus souvent massives, parfois creusées de petites cavités glanduliformes

ou tubuleuses. Les monstruosités cellulaires et les mitoses sont très fréquentes.

On n'observe pas histologiquement de franchissement de la tunique musculuse de la trompe.

Le kyste de l'ovaire gauche a un revêtement endothélial et est un kyste séreux simple.

L'endomètre est en état folliculino-lutéinique typique.

Aucun traitement post-opératoire n'a été institué.

Revue en Mars 1963, l'état général est bon.

La cicatrice est souple. Il n'y a aucune anomalie dans le petit bassin.

OBSERVATION N° 7

Due à l'obligeance du Docteur B. ROY

Madame CAT... Geneviève, âgée de 40 ans, mariée sans enfant mais ayant fait deux fausses couches, consulte en Juin 1961. Depuis 4 ans, elle présente des ménorragies avec caillots. En 1960, elle a eu des métrorragies continues pendant treize mois. Ayant consulté ailleurs, à cette époque, le diagnostic porté fut celui de fibrome.

Depuis trois mois elle a des pertes continuelles avec des débris. Des douleurs pelviennes parfois vives sont apparues en même temps tandis qu'une pollakiurie nocturne importante (7 à 8 mictions nocturnes se manifestent).

Depuis 6 mois, elle dit avoir maigri de 11 kilos.

Il faut noter que cette malade fut soignée à l'âge de 16 ans pour une tuberculose pulmonaire.

L'examen gynécologique permet de sentir une masse vaginale faisant issue par le col utérin mais dont on peut faire le tour. Il existe des pertes sanieuses.

Le spéculum montre que la masse a un aspect sphacélé. On ne peut préciser davantage.

Le diagnostic est celui de polype sphacélé.

Sous anesthésie générale sont effectués deux prélèvements.

- l'un sur l'exocol et la tumeur
- l'autre est un curetage biopsique.

Les résultats anatomo-pathologiques sont les suivants :

I - Biopsie de l'exocol

Les prélèvements examinés permettent d'observer un épithélioma anaplasique.

Les travées sont dissociées par une intense infiltration inflammatoire sub-aiguë du stroma.

Les cellules tumorales sont volumineuses et ne montrent pas de signes nets de différenciation épidermoïde.

Une partie de la surface des prélèvements est occupée par une muqueuse endocervicale d'aspect sub-normal.

On ne peut affirmer avec certitude qu'il s'agit là d'une tumeur d'origine cervicale.

2 - Curetage biopsique

Le prélèvement intra-utérin montre toujours le même épithélioma anaplasique, largement nécrotique dont la structure ne permet pas de préciser avec certitude le point de départ.

Une hystérectomie totale est décidée sur la symptomatologie et sur l'anatomo-pathologie.

Elle est effectuée le 12 juillet 1961.

C.R.O. - Médiane sous-ombilicale

- Le petit bassin est le siège d'adhérences nombreuses qu'il faut libérer pour tomber sur l'utérus qui est gros et mou.

Il existe une inflammation des deux trompes qui témoigne d'une salpingite bilatérale probablement tuberculeuse étant donné l'aspect des lésions.

Il existe de plus une masse tumorale adhérente au sigmoïde qui est enlevée séparément.

Hystérectomie totale. Nettoyage du petit bassin.

Il n'est pas constaté d'envahissement ganglionnaire visible.

Le foie et l'étage sus-mésocolique de l'abdomen sont normaux.

Anatomie-pathologique. Compte-rendu N° 18 776 - 20 juillet 1961.

Macroscopiquement

Poids de la pièce : 240 g.

Longueur de la cavité : 10 cm.

Tumeur ulcéro-végétante de 4 cm de long environ, développée dans la paroi du col utérin, mais respectant l'exocol et la partie inférieure de la muqueuse endocervicale.

Histologiquement

Il existe une salpingite tuberculeuse bilatérale.

La tumeur adhérente au sigmoïde est prélevée séparément est constituée par une partie d'une trompe et des masses tumorales faites d'un épithélioma anaplasique, analogue à celui rencontré sur le col utérin et déjà rencontré sur deux biopsies.

L'endomètre est en état d'hyperplasie glandulaire intense.

Les ovaires contiennent plusieurs follicules hémorragiques.

La fragmentation de la pièce opératoire ne permet pas d'affirmer avec certitude qu'il s'agit d'un épithélioma tubaire ayant donné une métastase dans le col utérin, mais l'aspect histologique et macroscopique de la tumeur rend cette hypothèse plus vraisemblable que l'inverse.

La malade revue fin 1961 est suivie par son médecin. Son état général s'est amélioré et elle a pris du poids.

Puis en octobre 1962, elle revient consulter pour l'apparition d'une "glande" dans le pli de l'aîne à gauche.

Cette tumeur est un ganglion qui est prélevé pour analyse
Compte-rendu N° 21 934

Métastases ganglionnaire de l'épithélioma anaplasique dont le point de départ tubaire ou endocervical ne peut être précisé avec certitude.

Les monstruosités cellulaires très accusées ici, sont peut-être simplement des altérations provoquées par les irradiations.

L'état général déclinait de plus en plus et le décès survenait en décembre 1962.

La survie ayant été de 18 mois.

Due à l'obligeance du Docteur CHANTEPIE

Madame REB... Euphrasine. 62 ans, mariée - 2 enfants -
est hospitalisée pour douleur abdominale basse prédominant à gauche.

L'état général est bien conservé mais la malade signale un
amaigrissement léger et une plus grande fatigabilité.

Il n'est pas retrouvé de pertes ou de métrorragies depuis
sa ménopause effectuée il y a 10 ans.

On ne signale pas non plus de troubles utinaires.

L'examen clinique révèle l'existence à gauche d'une masse
probablement annexielle, qui bombe dans le Douglas. L'utérus semble
petit et normalement atrophique.

Le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire semble probable
et l'intervention est proposée.

Le 8 - 11 - 1961 : Docteur CHANTEPIE

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est petit.

A gauche, la trompe est dilatée et d'aspect lisse. Elle
adhère lâchement au sigmoïde et à la paroi latérale du petit bassin.

Ablation de la trompe.

Examen anatomo-pathologique : le 15 - 11 - 1961.

Macroscopiquement : La pièce opératoire est constituée par
une trompe largement dilatée dont la lumière est comblée par des

végétations tumorales blanchâtres, friables en partie nécrosées.

Histologiquement : Epithélioma cylindrique typique tubulopapillaire. Les atypies cellulaires et les très nombreuses mitoses ne laissent aucun doute sur la malignité de cette prolifération.

Le stroma est fortement inflammatoire. On n'observe pas d'envahissement histologiquement net de la mince paroi de la trompe dilatée.

Devant ce compte-rendu, avec le consentement de la malade, une intervention complémentaire est décidée.

C'est une hystérectomie totale pratiquée le 20 décembre.

Un autre examen anatomo-pathologique est effectué :

Macroscopiquement : Poids de l'utérus : 40 g.

Longueur de la cavité : 6 cm.

Histologiquement :

Les prélèvements systématiques orientés sur le col et le corps utérin, sur le moignon de la trompe et sur les annexes droites ne montrent pas de formation tumorale. La muqueuse exocervicale est remaniée par une érosion inflammatoire. Son épithélium présente assez souvent une hyperactivité basale. Les mitoses sont relativement fréquentes dans les assises profondes.

L'endomètre est d'aspect régressif banal. Le moignon de la trompe gauche est remanié par des soudures de franges et une infiltration chronique peu intense.

Les annexes droites sont d'aspect régressif banal.

Madame MONN... 74 ans, mariée, 3 enfants.

est hospitalisée le 24 - 10 - 1962 pour des métrorragies.

Ménauposée à l'âge de 50 ans, elle présente depuis le mois de septembre des pertes leucorrhéiques que de jaunâtres au début sont devenues franchement hémorragiques.

Elle ne signale aucun autre trouble: ni douleur, ni fièvre, ni troubles urinaires.

D'autre par, l'état général est très bien conservé.

L'examen clinique permet de sentir un utérus augmenté de volume et des masses arrondies faisant corps avec l'utérus et occupant le Douglas.

Le cancer du corps de l'utérus est fortement suspecté et un curetage biopsique est pratiqué le 25 - 10.

Il s'agit d'un épithélioma cylindro-cubique tubuliforme et cystico-papillaire.

Les cellules contiennent souvent une volumineuse enclave de glycogène.

Il est possible qu'il s'agisse là d'une tumeur primitive du corps utérin mais on ne peut absolument exclure l'hypothèse d'une métastase utérine d'un épithélioma de l'ovaire.

On considère que le diagnostic de cancer de l'utérus est le plus probable et le traitement est institué.

Du 5 au 11 novembre 1962 - 4 080 mg/hr par sonde intra-

cavitaire avec trois tubes de 10 mg.

Du 7 au 12 novembre 1962 - 4 320 mghr par Colpostat

Après 2 mois, on décide de pratiquer une hystérectomie totale.

C-R-O. 9 - 1 - 63 - Professeur LIEFFRING -

Médiane sous-ombilicale

Ovaire droit kystique de la taille d'une petite orange.

Tumeur annexielle gauche adhérente au sigmoïde avec infiltration de tout le petit bassin.

Hysterectomie totale difficile.

Examen anatomo-pathologique 22 477 18 - 1 - 1963

Macroscopiquement : poids de la pièce : 250 gr.

longueur de la cavité utérine : 7 cm.

Dans la cavité corpéorale, masse friable encéphaloïde implantée dans une corne.

Tumeur annexielle gauche de 3 cm. de diamètre soudée au corps utérin.

Kyste de l'ovaire droit de 5 cm. de diamètre uniloculaire à paroi mince.

Histologiquement : Epithélioma tubaire.

A disposition cystico-papillaire de forme végétante remplissant la cavité tubaire gauche dilatée et envahissant la cavité corpéorale, sans infiltrer notablement la paroi du corps utérin.

L'endomètre est d'aspect atrophique.

La muqueuse cervicale est remaniée par une érosion inflammatoire assez étendue qui est peut-être due à l'action des rayons.

La masse tumorale intra-corporéale ne montre que de très petits foyers de nécrose et parait dans l'ensemble peu altérée par les radiations.

Le kyste de l'ovaire droit dépourvu d'un épithélioma de revêtement est probablement un kyste séreux simple.

HISTORIQUE - FREQUENCE

En 1847, RAYNAUD le premier, décrit une affection tumorale maligne de la trompe. Mais il faudra attendre les travaux de ROKITANSKI en 1861, qui donnent les premières bases Anatomo-Pathologiques, et ceux de ORTHMANN en 1888 pour avoir la description de la maladie.

Alors les publications se multiplient à un rythme qui va croissant au fur et à mesure que l'on se rapproche des temps actuels.

En 1910, DORAN compte 100 cas de tumeurs malignes de la trompe, 100 cas en 22 ans.

En 1924, BIAR dans sa thèse en collige 213 cas.

En 1944, MITCHELL et MOHLER en dénombrent 450.

En 1953, LE GOFF fait état de 555 cas dans la thèse, tandis qu'en 1960, HAYDEN et POTTER donnent le chiffre de 663 cancers primitifs de la trompe.

Ce chiffre est nettement en-dessous de la réalité, comme le prouve l'analyse minutieuse des cas décrits dans la littérature, par Madame SACREZ qui de 1888 à janvier 1960 décompte 837 cas.

C'est à ce nombre que nous nous rallions.

Depuis cette date, l'étude bibliographique nous a permis de colliger 59 nouveaux cas publiés jusqu'en 1963.

Ce qui fait que le nombre total des cancers de la trompe publiés est actuellement de 905 environ : compte tenu de nos 9 observations inédites et d'omissions probables.

Le cancer tubaire est donc d'une relative rareté et sa fréquence en regard des autres localisations génitales des cancers féminins est diversement appréciée.

SCHULZE l'ayant rencontré 3 fois pour 377 cancers génitaux de la femme en fait la localisation la plus rare avec un pourcentage de 0,75.

D'autres auteurs avancent des chiffres différents :

- FIDLER et LOOK : 0,61 %
- LOFGREEN et DOKERTY : 0,16 %
- SCHNEIDER : 1 %
- LOMBARDO : donne 6 cancers de la trompe pour 1 062 cancers génitaux entre 1955 et 1959, ce qui donne 0,5 %.
- ANISKOVA : le rencontre 13 fois pour 541 néoplasies génitales, soit 2,4 %.

Pour nous, nous avons relevé 9 cancers de la trompe pour 510 cancers génitaux, soit 1,76 %.

De ces diverses appréciations, il reste que le pourcentage moyen du cancer de la trompe se situe entre 0,16 et 2,4 %.

Ce cancer comme n'importe quel autre cancer, peut survenir à tout âge, ainsi qu'en témoignent les observations de HU et de CLERCK avec trois cas de 18 ans et celle de FULLERTON dont la malade était âgée de 80 ans.

En fait la majorité des cancers de la trompe survient chez des femmes de 40 à 60 ans, c'est ce qu'il ressort de l'étude de Madame CARPENTIER qui sur 112 cas trouve que 91 % des femmes sont

dans ces limites d'âges et aux environs de la ménopause.

En se référant à la littérature, on voit par contre que le sarcome peut se manifester plus tôt, 11 ans dans le cas de ZECEVIC.

La parité a-t-elle une influence sur l'apparition de ce cancer ?

- CORSCADEN dans sa statistique trouve 44 % de nullipares

- TATUM et GOLDEN en trouve 50 % et émettent l'hypothèse que cette affection est plus fréquente chez la multipare que chez la multipare.

Le même pourcentage est retrouvé par HAYDEN et POTTER dans leurs 12 cas.

Dans nos observations, 7 sur 9 sont mères de famille.

En fait, il paraît raisonnable d'admettre avec ISRAEL et CRISP que le mariage ou la parité n'ont pas d'influence dans la genèse du cancer de la trompe.

Certaines affections pourraient-elles servir de lit à ce cancer ?

On a bien sûr pensé au rôle possible de l'inflammation.

Pour DORAN et MULLER la tumeur a son origine dans un papillome bénin dont le processus inflammatoire serait le primum movens de la transformation en tumeur maligne.

Par contre PEHAM et EMGE pensent que l'inflammation accompagne le cancer dont elle est la conséquence.

VOZZA fait la synthèse de ces théories en admettant que toute irritation chronique est susceptible d'entraîner des tumeurs.

C'est ainsi que TATUM et GOLDEN sur 17 cas de cancer de la trompe ont trouvé six salpingites chroniques. De leur côté, HAYDEN et POTTER rapportent six salpingites sur douze cas.

Si la salpingite peut être retrouvée en même temps que le cancer de la trompe, la salpingite tuberculeuse est plus rarement associée et KREMER n'en signale qu'une douzaine de cas, auxquels nous pouvons joindre notre observation n° 7.

D'autres associations ont été décrites, mais il est impossible de prouver qu'il y ait une interaction entre la lésion bénigne et l'évolution de la néoplasie.

TATUM et GOLDEN signalent une fréquence plus élevée chez les femmes noires et chez les caucasiennes. Il se pourrait donc qu'un facteur racial puisse intervenir, mais la preuve est loin d'en être faite.

En conclusion, nous pouvons retenir la faible fréquence de cette affection qui ne représente que 2 % environ des cancers génitaux de la femme.

La trompe de Fallope dérive des canaux de MULLER.

Primitivement, il existe chez l'embryon, trois formations différentes qui sont :

- le corps de WOLFF ou mésonéphros ou encore rein primordial.
- les canaux de WOLFF et de MULLER qui sont en avant du mésonéphros et qui vont s'ouvrir dans le cloaque, formant ainsi le cordon uro-génital.
- l'éminence génitale, ébauche de l'ovaire qui se trouve en dedans du corps de WOLFF.

Le corps de WOLFF est d'autre part relié au diaphragme par le ligament diaphragmatique qui est l'ébauche du ligament lombo-ovarien et à la région inguinale par le ligament inguinal, ébauche du ligament rond.

Le croisement du ligament inguinal et du cordon uro-génital, permet de distinguer deux parties dans le cordon.

Chez les sujets féminins : Dans le segment supérieur :

- le corps de WOLFF s'atrophie et donne :
 - . l'organe de ROSEN-MULLER
 - . et le Paroophore

L'extrémité supérieure du canal de MULLER, ouvert en haut dans la cavité abdominale, donne la trompe et le pavillon.

Elle descend avec l'ovaire et les reliquats du corps de WOLFF dans le petit bassin et de verticale devient transversale.

L'extrémité supérieure du canal de WOLFF disparaît complètement.

Dans le segment inférieur :

L'extrémité inférieure du canal de WOLFF s'atrophie et donne le canal de MALPIGHI-GARTNER.

L'extrémité inférieure du canal de MULLER se porte en dedans et s'unissant à celui du côté opposé, forme le canal utéro-vaginal ébauche de l'utérus et du vagin.

L'ensemble des constituants de la trompe dérive du mésoderme.

RAPPEL HISTOLOGIQUE

La trompe est un conduit musculo-membraneux formé de trois tuniques.

LA TUNIQUE EXTERNE : est conjonctive et a la valeur d'un adventice.
Elle possède des vaisseaux, des nerfs et des fibres musculaires lisses disposées dans un réseau élastique très développé.

LA TUNIQUE MOYENNE : musculaire, comporte deux couches de faisceaux musculaires lisses :
- Externe : longitudinale mince
- Interne : circulaire beaucoup plus épaisse avec des fibres élastiques dans la profondeur.

Au niveau du pavillon de l'ostium abdominal, la tunique musculaire s'épaissit brusquement et s'arrête suivant une ligne très précise.

Il en résulte la formation d'une espèce de sphincter à fibres circulaires sur lequel TOURNEUX a insisté.

Au niveau de cette ébauche de sphincter, il existe de nombreux vaisseaux très flexueux, capables de congestion active et durable que GRYNDFELT considère comme un tissu érectile.

LA TUNIQUE EXTERNE : est une muqueuse de structure plus complexe.

Au niveau du pavillon elle porte une douzaine de franges permanentes qui se ramifient en petites branches secondaires et même tertiaires. En se rapprochant de l'orifice utérin de la trompe, les franges diminuent de hauteur et de nombre pour ne plus former que deux ou trois crêtes muqueuses courtes.

La lumière tubaire change aussi d'aspect. Au niveau du pavillon elle est large et son diamètre peut atteindre un centimètre. La lumière est encombrée par des franges. Au contraire, au niveau de l'ostium utérin, le diamètre de la lumière tombe à deux ou quatre dixièmes de millimètres.

Dans cette région, la tunique musculaire est très épaisse tandis qu'elle est très mince au niveau du pavillon.

Un chorion est accolé à la muqueuse. Possédant un certain nombre de fibres musculaires lisses, ce chorion est essentiellement formé par un tissu conjonctif lâche, avec de nombreuses cellules fixes, fibroblastes serrés les uns contre les autres, un peu comparable à ceux que l'on retrouve dans la muqueuse utérine.

L'épithélium est prismatique simple, formé par des cellules prismatiques ciliées.

Les cils de quatre à six microns de haut sont implantés apicalement sur un corpuscule basal extrêmement net. Ces cils sont mobiles et leurs mouvements sont toujours orientés vers la cavité utérine.

A côté des cellules ciliées, il existe des cellules non ciliées dont le cytoplasme est clair. Ces cellules sont en outre porteuses d'une bordure en brosse qui regarde la lumière de la trompe.

La muqueuse tubaire ne comporte jamais de glande.

Cette muqueuse subit des modifications selon l'âge et l'activité génitale.

Chez l'enfant, l'épithélium tubaire n'est jamais cilié, il ne le devient qu'à la puberté.

Pendant la période folliculinique avant l'ovulation, les cellules ciliées sont prédominantes.

Elles diminuent tandis que les cellules claires augmentent dans la période folliculino-lutéinique.

Au moment de la menstruation, l'épithélium change encore d'aspect.

LES LYMPHATIQUES DE LA TROMPE

I - RESEAUX D'ORTIGUES

Les capillaires lymphatiques de la trompe normale sont, comme ceux des autres organes, invisibles sur les coupes histologiques.

KROEMER le premier, injecta du bleu de Prusse dans les parois de la trompe et mit en évidence un réseau de capillaires lymphatiques très riche dans la séreuse et la sous-séreuse.

Il décrivit encore de vastes lacunes lymphatiques dans les franges du pavillon.

ANDERSEN s'occupa à son tour de la question et ses constatations le conduirent à admettre que toutes les couches tubaires renferment des vaisseaux lymphatiques.

Plus récemment, RENYI F. et VAMOS G. ont repris la question en 1957.

Les travaux de KROEMER et d'ANDERSEN sont sujets à cautions du fait de l'utilisation du procédé d'injection de colorant qui peut parvenir dans les tissus et inonder indifféremment ceux-ci en donnant de faux résultats. Pour admettre un capillaire lymphatique il faut non seulement voir une lumière, mais encore reconnaître les éléments de la paroi de ce vaisseau.

Les auteurs ont mis au point un procédé d'étude qui leur a permis d'affirmer qu'il n'existe pas de capillaires lymphatiques dans les franges de la trompe, ni dans la tunique propre ni dans la musculuse.

Ces capillaires n'existent que dans la sous-séreuse au nombre de deux à cinq.

Dans certains cas et en particulier dans celui de la trompe gravide, il existe au niveau des franges, des capillaires lymphatiques qui seraient des vaisseaux néoformés, résultant d'une augmentation de pression chronique de la circulation lymphatique.

Considérant les résultats de leurs expériences, les auteurs rejettent le rôle de la propagation lymphatique de l'infection dans la muqueuse et la musculuse.

Pour eux, la propagation se fait le long des tissus. Dans la salpingite l'inflammation gagne d'un point à un autre de la trompe le long des tissus et non par voie lymphatique.

II - COLLECTEURS ET DRAINAGE

Les mailles du réseau lymphatique se groupent pour donner cinq à six collecteurs qui empruntent le mésosalpinx pour atteindre le bord antérieur de l'ovaire et de là se jeter dans les collecteurs de l'ovaire qui montent le long des vaisseaux ovariens et vont :

- à droite : Dans les ganglions latéro-aortiques sous-jacents au pédicule rénal
- à gauche : Dans les ganglions latéro et pré-aortiques gauches voisins de la mésentérique supérieure

De plus, assez souvent, il existe un pédicule accessoire qui se rend à un ganglion postérieur de la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes

Un autre aboutit à un ganglion hypogastrique.

Il existe en outre un système complexe d'anastomoses lymphatiques entre tous les éléments du tractus génital, ce qui fait que la trompe se trouve lymphatiquement liée à l'ovaire d'une part et à l'autre de l'autre.

La migration lymphatique peut donc utiliser les collecteurs utérins.

Les collecteurs du col de l'utérus sont groupés en trois pédicules :

- le pédicule iliaque externe

Il se jette dans les ganglions supérieur et moyen des chaînes moyenne et interne du groupe iliaque externe.

- le pédicule postérieur ou du promontoire.

Sur ces collecteurs se trouvent placés des ganglions interrupteurs : ceux de LUCAS-CHAMPIONNIERE et de SAPPEY.

Les collecteurs du corps de l'utérus sont eux aussi groupés en trois pédicules :

- le pédicule utéro-ovarien

- le pédicule iliaque externe : qui se termine dans un ganglion supérieur de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe

- le pédicule accessoire antérieur ou pédicule du ligament rond.

Il comprend un seul tronc longeant le ligament, franchissant le canal inguinal.

Il se termine dans le groupe supéro-interne des ganglions inguinaux superficiels.

ETUDE CLINIQUE

Le cancer primitif de la trompe évolue lentement et sa progression peut faire envisager bien des diagnostics.

Si la symptomatologie est loin d'être monomorphe, il a été possible d'isoler quelques manifestations qui constituent une triade symptomatique dont la présence est presque pathognomonique de la nature maligne de l'affection tubaire.

Cette triade associe :

- Des pertes hydrorrhéiques ou des métrorragies
- Des douleurs abdominales basses
- La perception d'une tumeur pelvienne.

A ces signes cardinaux on peut ajouter :

- Un certain degré d'amaigrissement
- Une altération plus ou moins prononcée de l'état général
- Une fièvre inexpliquée

Malheureusement, ces signes mettent très longtemps à apparaître et lorsqu'ils sont complets, si le diagnostic est facilité, la thérapeutique, elle, est beaucoup plus délicate à mettre en oeuvre et les résultats sont alors extrêmement aléatoires.

C'est pourquoi il est indispensable :

- de penser à la possibilité d'une lésion maligne de la trompe devant un syndrome gynécologique anormal
- et d'en connaître les manifestations

L'HYDRORRHEE

Il importe tout d'abord d'affirmer qu'il s'agit d'une hydrorrhée et non d'une leucorrhée.

En fait la leucorrhée se présente de trois façons :

- purulente et mousseuse à trichomonas
- glaireuse et purulente dans la métrite cervicale
- laiteuse non infectieuse d'origine vaginale.

L'hydrorrhée est au contraire une perte séreuse, peu visqueuse, plus fluide, inodore et non irritante : elle tache le linge.

Incolore ou jaune claire, l'abondance de l'hydrorrhée est variable de 10 à 100cm³ parfois beaucoup plus comme dans l'observation de BESSERER où la malade vint consulter pour une "incontinence d'urine".

GOLDMANN et GANS rapportent deux cas d'hydrorrhée extrêmement importante.

Chez une femme de 50 ans qui présentait des pertes de plus de deux litres par jour et qui avait d'abord posé le problème d'une fistule vésico-vaginale.

Le diagnostic de perte hydrorrhéique ayant été établi, en utilisant l'artifice de PATOIR, qui fait prendre à la malade per os, du bleu de méthylène, qui colore les urines et ne modifie pas les sécrétions génitales.

L'analyse du liquide de perte montre qu'il s'agit d'un liquide contenant un grand nombre de cellules, mais pas de cellules néoplasiques à l'examen direct. La densité est de 1 020 et il est à réaction alcaline.

Les frottis effectués sur ce liquide sont négatifs.

La seconde observation fait état d'une perte d'un litre avec poussée thermique à 39° et ceci au 14 ème jour du cycle menstruel chez une femme de 36 ans.

Une culture révélant la présence de streptocoque hémolytique fut la seule anomalie constatée.

Elle présentait en fait un épithélioma de la trompe qui fut diagnostiqué plus tard et opératoirement.

Des quantités aussi importantes de pertes hydrorrhéiques ne sont pas fréquentes et dans ces cas elles méritent vraiment le nom d'hydrops tubae profluens que leur donna LECENE.

La seconde observation, avec ses évacuations intermittentes rappelle beaucoup plus la vomique salpingienne de BIAR. Cette vomique précédée de douleurs qui cèdent à l'écoulement est le signe le plus évocateur de cancer de la trompe.

Selon BESSERER, le mécanisme par lequel le carcinome de la trompe provoque des coliques et une vomique salpingienne est le fait que l'ostium utérin de la trompe réagit à la stimulation d'accroissement de la néoplasie par un processus occlusif.

Presque pathognomoniques du cancer de la trompe, l'hydrops tubae profluens et la vomique salpingienne ne sont pas fréquentes.

TATUM et GOLDEN les rencontrent deux fois sur leurs 17 cas
KRUGMANN et FISHER en rapportent deux cas.

PEHAM les retrouve 5 fois sur 63 cas, et MADERNA sur 10 cas signale 4 fois une hydrorrhée importante.

Les pertes intermittentes de couleur jaune ambrée, méllicériques pour FROEWIS et KROEMER, ont été décrites comme pathogno-

niques par LATZKO en 1915.

En fait, elles non plus, ne sont pas constantes, mais elles semblent retrouvées avec une plus grande fréquence.

C'est ainsi que FRANKEL les retrouve 6 fois sur 10. EMGE 5 fois sur 6, HU 2 fois sur 10, LOFGREEN 10 fois sur 16 tandis que ENNKER les retrouve dans 35 % des cas et NETTER 48 % en 1950.

A l'inverse, HAYDEN et POTTER n'ont jamais relevé ce symptôme dans les douze cas qu'ils ont examiné. Nous les avons constaté 3 fois sur 9 (Obs. 1 - 6 et 9).

Ces pertes hydrorrhéiques peuvent d'autre part être reconnues dans d'autres affections génitales non malignes.

Avant l'âge de la ménopause elles peuvent accompagner l'évolution d'un fibrome ou d'un polype utérin, elles peuvent même devenir douloureuses si elles sont provoquées par un hydrosalpinx.

Après la ménopause, elles peuvent accompagner :

- un cancer du corps
- un polype
- une métrite

De toute façon, la survenue de pertes hydrorrhéiques, en l'absence d'infection génitale ou d'affection immédiatement décelable, doit faire penser au cancer de la trompe et tout faire mettre en oeuvre pour affirmer le diagnostic.

LES MÉTRORRAGIES

C'est surtout lorsque les métrorragies surviennent après la ménopause qu'elles prennent leur plus grande valeur symptomatique.

Elles font tout de suite envisager la possibilité de cancer du corps de l'utérus et de ce fait elles entraînent les examens qui confirmeront ou orienteront le diagnostic.

Les caractères des métrorragies survenant au cours de l'évolution d'un cancer de la trompe n'ont rien de particuliers et leur origine salpingienne ne peut être évoquée.

Pour certains auteurs, les métrorragies représentent le symptôme le plus constant du cancer de la trompe.

ENGSTROM les signale dans 92 % de ses cas.

NURNBERGER donne un pourcentage de 23 tandis que Madame SACREZ donne 65 %.

HAYDEN et POTTER dans leur série de 12 cas, trouvent, pour 6 de leurs malades ménopausées, 4 qui ont présenté des métrorragies.

FRANKEL retrouve des métrorragies comme signal symptôme dans 5 cas de ses 10. Les métrorragies étaient permanentes dans 2 cas et associées à un fibrome dans les trois autres cas.

Dans notre série, les métrorragies ont motivé la consultation 5 fois sur 9. Obs (2 - 3 - 4 - 5 - 7).

Il faut donc retenir que la métrorragie est un symptôme d'alarme de très grande valeur

- qu'elle n'a rien de pathognomonique
- qu'il faut se méfier de la coexistence fréquente avec une lésion bénigne telle que polype ou fibrome utérin, et cela dans 30 % des cas selon ROUX.

Il ne faut donc pas s'arrêter à ce diagnostic devant un curetage biopsique négatif.

LES DOULEURS

L'apparition de douleurs abdominales basses est fréquente au cours de l'évolution d'un cancer de la trompe, puisque SCHNEIDER les retrouve dans 25 % des cas et LOFGREEN dans 50 %.

Au début, il s'agit de douleurs sournoises, profondes dans le petit bassin, qui évoquent les poussées congestives du milieu du cycle menstruel, mais qui sont plus tenaces.

Puis elles changent de caractère, deviennent plus violentes par paroxysmes et donnent lieu à des irradiations vers le pli de l'aîne, la région crurale et vers les lombes.

La topographie des irradiations et l'intensité de la douleur à ce niveau peuvent parfois en imposer pour la localisation du siège original et provoquer alors des erreurs de diagnostic.

Il est exceptionnel que la douleur prenne le type extrêmement brutal, exécruciant de la rupture de grossesse extra-utérine.

Ces douleurs ont la particularité d'apparaître plus rapidement pour un cancer de la trompe que pour un cancer du col de l'utérus. En effet, les douleurs sont provoquées par la distension des parois de la trompe sous l'influence de la prolifération des végétations néoplasiques dans sa lumière.

Cependant, ces douleurs peuvent aussi bien se produire et l'origine de la distension n'est pas une affection maligne.

C'est le cas par exemple de l'hydrosalpinx.

Des douleurs comparables peuvent encore exister dans le pyosalpinx et elles sont alors dues à l'infection.

En résumé ces douleurs abdominales basses non rien de bien

spécifique : elles peuvent cependant prendre un caractère plus évocateur lorsqu'elles accompagnent une émission hydrorrhéique réalisant la colique salpingienne qui cède en même temps que l'émission liquidienne, la vomique se produit.

AUGMENTATION DU VOLUME DE L'ABDOMEN

Il arrive qu'une malade vienne consulter pour une augmentation du volume de son abdomen. Celle-ci peut être d'importance très variable mais elle est incontestable. LOFGREEN et DOKERTY ont rencontré cette éventualité 3 fois sur leur 16 cas.

Trois fois aussi mais sur 18 cas, Madame SACREZ relève qu'une tumeur abdominale déformant le ventre a motivé la consultation.

PEHAM reconnaissant la réalité de cette augmentation de volume l'attribue au développement de lésions associées, très fréquentes parmi lesquelles, fibromes ou kystes de l'ovaire se partagent la vedette.

Il est cependant des cas où la tumeur salpingienne grossit extrêmement et entraîne un retentissement extérieur. Pour d'autres auteurs c'est l'ascite qui détermine une déformation de l'abdomen.

Celle-ci est présente dans 9 sur 10 des cas de FRANKEL. Et HU pense qu'elle se trouve dans 10 % des cas.

Cette proportion est tout à fait logique, mais il est rare que l'ascite, par son importance déforme l'abdomen. Quoi qu'il en soit, l'augmentation du volume de l'abdomen n'a d'autre mérite que d'alarmer la malade, de provoquer la consultation et d'orienter le diagnostic vers une lésion génitale.

Dans le cadre du cancer elle est d'apparition trop tardive

pour qu'on puisse lui accorder une valeur de signe clinique permettant de diagnostiquer une lésion maligne.

LES SIGNES GENERAUX

Ce sont ceux de tous les cancers.

Au début, il n'y a aucun retentissement de l'épithélioma de la trompe sur l'état général.

Il n'y a pas de température en dehors d'une infection associée. Plus tardivement, la fièvre apparaît, accompagnée d'une hyperleucocytose tandis que se manifeste une altération plus ou moins importante de l'état général.

Parfois alarmé par une altération générale que rien n'explique, il faudra rechercher la lésion initiale au niveau de la sphère génitale, car fièvre et amaigrissement peuvent être les seules manifestations objectives de l'affection.

SIGNES PHYSIQUES

En dehors des cas extrêmes où il existe une déformation abdominale d'origine tumorale ou ascitique, l'examen clinique ne tire de renseignements que de l'examen génital.

Le palper combiné au toucher, permet de retrouver l'existence de tumeur intra-abdominale et parfois d'en préciser la nature annexielle.

Parfois on sent une tumeur allongée en forme de banane qui en impose pour un hydrosalpinx.

L'existence de tumeur intra-abdominale est admise par de nombreux auteurs.

HAYDEN et POTER constatent dans leurs douze cas, la présence d'une masse perceptible au premier examen.

ENGSTROM retrouve ainsi une masse pelvienne dans 75 % des cas.

Mais SCHNEIDER rapporte que si la tumeur est perceptible, il est difficile de la rattacher à la trompe et 50 fois sur 86 cas étudiés par lui, la trompe ne paraissait pas en cause.

D'autre part, si la masse est reconnue d'origine annexielle, il est exceptionnel que l'on pense à une lésion maligne de la trompe.

Avec NETTER, nous pouvons admettre que si dans la moitié des cas il existe une tumeur para-utérine, elle ne présente aucun caractère clinique particulier et le diagnostic est orienté vers une affection bénigne.

C'est ainsi que dans notre série, dans tous les cas, une tumeur fut reconnue à l'examen gynécologique.

- 1 fois le diagnostic d'hydrosalpinx fut porté.
- 8 fois celui de fibrome, de tumeur de l'ovaire ou de cancer de l'utérus

Jamais le diagnostic de cancer de la trompe ne fut évoqué.

En conclusion, nous pouvons dire que le diagnostic clinique de l'épithélioma tubaire est incertain.

Cependant, celui-ci serait parfois évoqué si l'on y pensait.

FORMES CLINIQUES

Le cancer de la trompe est capable de revêtir les formes les plus diverses, voire les plus inattendues. La prédominance d'un symptôme permet d'individualiser un grand nombre de formes parmi lesquelles on peut retenir surtout les formes douloureuses.

Celles-ci sont assez fréquentes et peuvent par l'intensité de la douleur en imposer pour une urgence abdominale.

SOUTHWOOD rapporte l'observation d'une malade hospitalisée pour un syndrome abdominal aigu.

MUDD et Madame SACREZ rapportent chacun un cas de cancer de la trompe qui fut pris pour une appendicite aiguë et opérée. L'intervention ayant redressé le diagnostic.

MOZLEY de son côté rapporte l'observation d'une malade de 60 ans hospitalisée pour une endométrite aiguë qui en fait était un épithélium tubaire.

Il faut noter aussi la grande fréquence des associations à d'autres affections et il peut s'agir :

- soit d'affection bénigne telle que : fibrome ou kyste de l'ovaire
- soit d'affection maligne telle que : cancer de l'utérus
ou tumeur maligne de l'ovaire

EXAMENS PARA - CLINIQUES

Nous avons vu que les manifestations cliniques de l'épithélioma de la trompe ne sont pas très évocatrices de l'affection, sauf dans les cas où elles forment la triade symptomatique :

- Hydrorrhée plus ou moins sanglante
- Colique salpingienne
- Masse annexielle

Ailleurs et dans le plus grand nombre de cas il faut avoir recours à des examens para-cliniques dont les plus intéressants et plus utilisés sont :

- les frottis vaginaux
- l'hystéro-salpingographie
- le curetage biopsique

Si le doute persiste malgré leur utilisation on pourra avoir recours aux examens endoscopiques, un peu plus délicats à effectuer et un peu moins facilement acceptés par les malades.

Dans tous les cas, il faut réserver la laparotomie exploratrice en dernier ressort car elle seule permettra :

- l'analyse anatomo-pathologique des lésions constatées
- et permettra d'établir un bilan des métastases le cas échéant.

FROTTIS

Depuis les travaux de PAPANICOLAOU, l'utilisation des frottis vaginaux pour le diagnostic des cancers de l'utérus est devenue plus fréquente et les résultats sont dans l'ensemble satisfaisants.

Selon les modifications cellulaires constatées, ces frottis sont classés en cinq catégories :

Type I - Cellules normales

Type 2 - Cellules anormales mais bénignes :
inflammatoires ou traumatiques.

Type 3 - Cellules suspectes avec :

Hyperchromasie discrète

Cytoplasme vacuolé

Anisokariose

Gros nucléole

Chromatine irrégulière

Type 4 - Cellules cancéreuses en nombre modéré

Type 5 - Enormes amas de cellules cancéreuses

Il était tentant d'utiliser ces mêmes frottis pour le diagnostic des autres tumeurs malignes du tractus génital féminin et en particulier pour celui des tumeurs de la trompe.

Déjà en 1934, MEIGS avait montré que les cancers de la trompe pouvaient bénéficier de l'examen cytologique de l'hydropneumoperitoneum après filtrage.

Puis ISBELL, KERNOLDE en 1947 les utilisaient avec suc-

Mais surtout en 1949, FINN et JAVERT conclurent à l'exfoliation intra-utérine de cellules malignes d'origine tubaire et ceci incita à utiliser plus fréquemment la méthode.

Les observations publiées faisant état de cytologie positive se firent plus nombreuses et parmi elles nous retiendrons celles de : BRET et VASSY en 1950 avec un cas.

WIENINGER en 1953 rapporte 2 cytologies pour 3 cas.

LE GOFF la même année, étudiant 2 cas dans sa thèse, rapporte 8 cas avec cytologie positive.

ENNKER faisant en 1955 une revue de 100 cas, relève 26 diagnostics pré-opératoires corrects dont 13 présomptions données par la cytologie.

Depuis cette date, nous retrouvons encore un certain nombre d'observations qui font état de cytologie positive.

En particulier celles de :

- WURCH et OPPERMANN en 1960
- SCHENK et MACKLESS en 1961
- et de SLOUSCH en 1962

Toutes ces observations montrent d'une manière incontestable que le diagnostic de cancer primitif de la trompe peut être fait par les frottis. Mais ces cas ne représentent qu'un faible pourcentage par suite des insuffisances même de la méthode.

Comme l'indique PAPANICOLAOU, "les cellules peuvent être identifiées comme malignes, mais leur origine ne peut être déterminée par des critères cytologiques".

D'autres facteurs interviennent encore qui sont autant de sources de difficultés.

Au premier chef, l'épithélioma de la trompe de type cylindrique est peu desquamatif.

De plus, les cellules qui desquament doivent traverser rapidement la cavité utérine sous peine d'être trop altérées et ininterprétables. Cette condition est loin d'être toujours réalisée car l'ostium utérin de la trompe est souvent oblitéré et les cellules desquament dans le liquide d'un hydrosalpinx latent.

Dans ces conditions, on ne saurait être étonné du grand nombre des cas où la cytologie pratiquée fut négative.

C'est ainsi que KREMER et ULM en 1956 relèvent 2 frottis négatifs sur 12 cas. Et en 1960, HAYDEN et POTTER rapportent 12 cytologies négatives pour 12 cas.

Plus récemment encore, MOZLEY rapporte un cas,

NAUJOKS 3 négatifs sur 4

Mesdames BASCH et PELLERIN

y joignent leurs deux cas.

A ces nombreux cas négatifs, il faut encore ajouter ceux où le diagnostic de cancer est porté grâce à une métastase endométrine.

Dans ces cas, l'erreur de localisation du cancer est vénielle car le traitement du cancer sera entrepris.

Les métastases au niveau de l'endomètre sont loin d'être exceptionnelles et plusieurs auteurs en rapportent des exemples.

WIENINGER constate une métastase à l'endomètre dans chacun de ses deux cas où la cytologie fut positive.

De même sur les 8 cas à cytologie positive de LE GOFF, 3 présentaient une métastase au niveau de l'endomètre.

On relève encore les cas de BRET , VASSY et NUOVO et la dixneuvième observation de la thèse de Madame SACREZ.

De cette courte revue se dégage un pessimisme certain quant à la valeur diagnostique des frottis vaginaux appliqués au cancer de la trompe.

Dans le but d'améliorer les pourcentages positifs, NAUJOKS préconise une technique plus précise de prélèvements, car, comme le fait justement remarquer TAILHEFER, il faut pour étayer le diagnostic une sécrétion et une desquamation suffisante quantitativement. Afin de recueillir le maximum de cellules, NAUJOKS place pendant 24 heures une cupule maintenue en contact du cd. Il complète le prélèvement par une aspiration endo-utérine.

Malgré cette amélioration technique, les échecs restent encore nombreux.

Plus récemment on a insisté sur d'autres anomalies que les anomalies cellulaires au cours de l'examen de frottis vaginaux.

En effet, dans une observation, FUNK-BRENTANO en 1957 cite un cas de frottis négatif, avec l'existence d'une stimulation

folliculinique élevée.

Un an après, les frottis sont positifs : c'est un cancer de la trompe.

En 1960, Mesdames BASCH et PELLERIN relatent deux cas où les frottis étaient négatifs et où existait un indice picnotique élevé : respectivement 70 et 75 % et ceci plusieurs années après la ménopause.

On peut dire que dans ces cas, les tumeurs de la trompe diagnostiquées par hystéro-salpingographie et contrôlées opératoirement s'accompagnent d'une surcharge oestrogénique importante.

En dehors de leur utilisation à des fins diagnostiques, les frottis peuvent être utilisés pour renseigner sur l'évolution de la maladie sous traitement.

Dans les observations 3, BRET et LEGRAND ont retrouvé même après hystérectomie élargie des frottis positifs dans la cavité vaginale en l'absence de métastase apparente, signant la persistance du processus évolutif.

Il peut donc être intéressant d'effectuer des frottis de contrôle de temps en temps, en recherchant soit des cellules cancéreuses soit une activité oestrogénique anormale, se manifestant par une picnose excessive.

En conclusion nous pouvons dire que les frottis vaginaux qui ont l'avantage d'être très facilement acceptés du fait de leur

inocuité absolue, et malgré leurs insuffisances, doivent être pratiqués systématiquement en présence d'un syndrome gynécologique quelconque et répétés autant de fois qu'il sera nécessaire.

Qu'une suspicion soit tirée de la présence de cellules anormales, ils ne tireront leur vraie valeur que d'une confrontation attentive de toutes les données cliniques et para-cliniques.

HYSTERO -- SALPINGOGRAPHIE

L'hystéro-salpingographie est un examen utilisé très couramment en gynécologie depuis 1922, après les travaux de SICARD et FORESTIER qui les premiers utilisent le lipiodol.

Deux ans plus tard, paraissent les travaux de PORTRET, HENSER, CARELLI, BECLERE et COTTE.

En 1940, MARTZLOFF attire l'attention sur l'importance de l'hystéro-salpingographie dans le diagnostic de l'épithélioma de la trompe.

En 1943, les auteurs lyonnais en nient l'intérêt et même l'accusent de provoquer une dissémination néoplasique et une infection.

En 1949, ANTOMOWITCH fait un diagnostic de cancer de la trompe par ce moyen.

En 1950, ROCMANS obtient une hystéro-salpingographie négative devant une tumeur maligne bilatérale de la trompe.

En 1952, FUNK-BRENTANO et LE GOFF préconisent l'utilisation prudente de cette technique qui peut révéler soit :

- une oblitération tubaire
- soit un hydrosalpinx.

En 1954, BRET et LEGRAND décrivent des images suspectes de tumeur maligne :

- aspect polypoïdes
- bords déchiquetés
- plages floues avec dégradés
- pertes de substances réalisant des images vacuolaires.

En 1956, PATOIR rapporte une observation de cancer de la trompe où le diagnostic est porté par l'hystérosalpingographie, tandis que la même année, LEPENNETIER et ROUQUET présentent une publication où les images lipiodolées ne peuvent qu'égarer le diagnostic tandis que les images obtenues par injection de la pièce opératoire par les produits opaques hydrosolubles donnent beaucoup plus évocateur de tumeur maligne.

Pour obtenir des images susceptibles d'offrir un intérêt, il faut utiliser un produit opaque plus maniable que le lipiodol même fluide, dans la recherche des tumeurs malignes de la trompe.

D'après LEPIC, il faut utiliser des produits hydrosolubles qui non visqueux présentent trois qualités essentielles :

- Miscibilité
- Muqueuse étroitement tapissée par la solution de contraste et délimitant les contours tubaires.
- Mise en évidence du relief muqueux

Les Images sont :

- diastales
- la trompe est dilatée progressivement
- il existe souvent une double coudure fixée par des adhérences
- lacunes déchirées irrégulières
- plages floues

La constatation de telles images n'est malheureusement pas toujours possible.

En effet, plusieurs cas peuvent se présenter.

Si on utilise du lipiodol, on peut évoquer trois diagnostics :

- Hydrosalpinx
- Endométriose
- Tuberculose

Ces deux derniers sur l'aspect déchiqueté et irrégulier de la muqueuse et de la paroi qui est mal dessinée.

Même l'utilisation de produit opaque hydrosoluble, pur, ne met pas à l'abri d'erreur possible.

En effet, l'ostium utérin peut être fermé et dans ce cas le diagnostic est impossible ou trompeur car on sait que l'obstruction tubaire relève dans un grand nombre de cas de la myomatose.

Si la trompe opposée est normale, on peut avoir une suspicion de tumeur maligne, car l'infection autre source d'oblitération est en général bilatérale.

Si la trompe opposée est anormale :

- elle peut être atrésique et correspondre à une lésion salpingienne fréquente là encore dans la myomatose.
- elle peut être ectasiée soit par un hydrosalpinx
soit par un hématosalpinx

Dans ces cas, étant donné la parfaite miscibilité des produits de contraste hydrosolubles, on aura des images de trompe dilatée mais de contraste homogène.

Enfin si la trompe est injectée, on pourra discuter :

- Un hydro ou un hématosalpinx

- Une endométriose tubaire mais elle donne un aspect multivacuolaire assez caractéristique.

- Une grossesse tubaire, mais en fait l'image est très différente de celle d'un cancer de la trompe même s'il s'agit d'une grossesse fissurée.

- La salpingite tuberculeuse est caractérisée par un défilé étroit et tortueux, irrégulier avec des zones d'ectasies.

- La papillomatose tubaire et les kystes congénitaux de la trompe donnent des images très nettes.

En dehors des difficultés diagnostiques, on a reproché à l'hystéro-salpingographie de favoriser une dissémination néoplasique, et d'entraîner une infection génitale.

En fait, le danger d'essaimer la tumeur dans le péritoine n'existe que si l'ostium abdominal de la trompe est libre. Or, dans la majorité des cas celui-ci est oblitéré, comme le font d'ailleurs supposer la rareté des métastases péritonéales précoces et de l'ascite qui au contraire se manifestent très rapidement si l'ostium est resté perméable.

Les risques d'infection génitale ou d'accidents divers peuvent être quasi complètement supprimés si on applique quelques règles élémentaires de prudence.

Il importe de connaître tout d'abord les trois contre-indications formelles qui sont :

- Une grossesse normale possible. Ce cas est rare à l'âge du cancer de la trompe.

- Des hémorragies utérines abondantes
- Une infection génitale en évolution.

Avec une bonne technique, en utilisant une antibiothérapie de protection et un repos de 48 heures, on peut sans arrière pensée proposer cet examen.

Pour améliorer les chances de diagnostic, BECLERE et BRET préconisent de tirer de nouveaux clichés 24 heures après les premiers.

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'il est légitime de proposer une hystérosalpingographie lorsque l'on suspecte une lésion maligne de la trompe.

Avec des précautions les risques infectieux sont très réduits et les risques de disséminations ne peuvent la faire rejeter.

En effet, ou l'ostium abdominal est oblitéré et la dissémination n'est pas possible.

ou l'ostium est perméable et alors il y a tout lieu de craindre que la dissémination soit déjà produite.

En dehors de ses indications diagnostiques, l'hystérosalpingographie est encore pratiquée avec fruit avant un curetage biopsique, car elle renseigne sur l'état de la cavité utérine et guidera la curette vers toute zone qui apparaîtrait comme suspecte.

CURETAGE BIOPSIQUE

Le curetage biopsique est très souvent utilisé comme moyen de diagnostic des métrorragies.

A ce titre, il appartient à l'arsenal para-clinique mis en oeuvre pour le diagnostic du cancer de la trompe, surtout si les métrorragies font partie des symptômes cliniques.

Il a contre lui des inconvénients :

- c'est un procédé douloureux qui nécessite une anesthésie générale et une dilatation. De ce fait il réclame une hospitalisation et est moins bien accepté par les malades. Il n'est donc pas proposé en premier.

- si la curette ramène des fragments d'endomètre néoplasique, il peut s'agir :

- soit d'un cancer du corps de l'utérus
- soit d'une métastase d'un épithélioma de la trompe ou de l'ovaire

Généralement on s'arrête au diagnostic du cancer de l'utérus, la véritable nature de la lésion n'étant reconnue que lors de l'intervention ou lors de l'examen anatomopathologique de la pièce.

- si la curette ramène un fragment d'endomètre normal ou porteur de lésions inflammatoires banales, deux hypothèses peuvent être envisagées :

- soit l'utérus est indemne
- soit la curette est passée à côté de la lésion

C'est pour éviter cette possibilité que de nombreux auteurs préfèrent effectuer le curetage biopsique après hystérogaphie.

Comme on sait que l'épithélioma de la trompe métastase facilement à l'endomètre, l'existence de frottis positifs avec un curetage négatif, donnera une grande valeur d'orientation.

Plus rarement, d'autres examens peuvent être réalisés. Pour diverses raisons ils ne sont pas encore vulgarisés.

Au premier rang de ces examens viennent les endoscopies.

EXAMENS ENDOSCOPIQUES

Il s'agit de pratiquer l'examen de la cavité péritonéale après distension préalable de celle-ci au moyen d'un pneumopéritoine. Selon la voie d'abord on décrit deux techniques :

- la coelioscopie
- et la culdoscopie

LA COELIOSCOPIE

Permet d'avoir une vue générale des organes du petit bassin.

Sans artifice, cependant l'utérus cache en général les ovaires et les trompes.

C'est pourquoi PALMER en 1943, introduit une canule d'insufflation dans l'utérus ce qui permet de basculer celui-ci et de la mettre en antéversion forcée. Cette manoeuvre fait bailler l'espace rétro-utérin et fait flotter les annexes.

LA CULDOSCOPIE

a été décrite par DEKER en 1944.

C'est la coelioscopie transvaginale en position genu-pectorale.

Dans cette position les trompes ont tendance à tomber dans les gouttières latérales et leur inspection est difficile.

En 1946, PALMER pratique une culdoscopie en position gynécologique qui améliore le confort de la malade, permet l'anesthésie générale et offre en outre l'avantage de faire pendre la trompe qui apparaît ainsi plus ou moins déroulée le long de l'ovaire.

Ces deux méthodes ne s'opposent donc pas mais se complètent et ne sont que deux modalités d'application d'une même technique.

Cette endoscopie présente des avantages et des inconvénients.

Elle permet de voir les organes génitaux internes

- de pratiquer une biopsie d'une lésion suspecte
- de filmer ou de photographier les états successifs d'une lésion en évolution.

En dehors des inconvénients d'ordre technique et d'appareillage, les manoeuvres endoscopiques nécessitent l'institution d'un pneumopéritoine dont les risques peuvent être très réduits par l'utilisation d'une technique irréprochable.

Mais elles nécessitent une hospitalisation et comme le curetage biopsique elles ne sont pas d'emblée proposées.

Parfois elles ne donnent aucun renseignements car les organes pelviens sont noyés dans des adhérences qu'il n'est pas possible de rompre endoscopiquement.

Lorsque les organes sont visibles, il faut se méfier des erreurs d'appréciation dans les modifications des volumes des formations étudiées car il y a des déformations dues à l'optique pareil. L'appréciation de l'importance des lésions suppose donc un oeil entraîné à cette discipline et c'est surtout pour cela que cette technique n'a pas le développement auquel elle pourrait prétendre.

Dans le cadre du diagnostic du cancer de la trompe, il faut déjà se trouver en présence de lésions évoluées pour que celui-ci soit possible. En effet, le cancer de la trompe évolue longtemps à l'intérieur de celle-ci et les déformations morphologiques mettent plus ou moins de temps pour être appréciables.

A côté des examens endoscopiques d'autres techniques d'exploration des organes génitaux féminins ont été proposées.

Citons la GYNECOGRAPHIE qui n'est autre que la radiographie du petit bassin après pneumopéritoine.

Les contours des annexes apparaissent assez nettement et permettent de déceler une lésion si sa taille est suffisante.

La gynécographie jointe à une hystérosalpingographie donne un double contour des organes génitaux internes.

Les examens para-cliniques offrent donc des possibilités extrêmement intéressantes et ceci d'autant qu'ils s'inscrivent dans le schéma d'exploration des troubles génitaux.

Nous pensons donc que chaque fois qu'une malade est suspecte d'affection maligne de la trompe on doit faire :

- des frottis vaginaux
- une hystéro-salpingographie
- un curetage biopsique
- une coelioscopie, étant entendu que pour la détec-

tion d'une lésion souvent camouflée, celle-ci est meilleure que la culdoscopie.

Mais si un seul examen doit être pratiqué, nous pensons que ce doit être l'hystérosalpingographie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic positif des cancers de la trompe n'est que très rarement porté.

Nous avons vu que la clinique, seule, ne peut fournir que des éléments de présomption et non de certitude.

Nos observations illustrent bien ce point puisque jamais le diagnostic exact ne fut envisagé avant l'intervention.

En 1949, STERN passant en revue les 61 cas de la littérature américaine, retrouve deux diagnostics pré-opératoires.

Mac GOLDRICK n'en retrouve aucun sur 376 cas.

En 1955, ENNKER donne 26 % de diagnostics suspectés et ceci 13 fois grâce à la cytologie.

Cette proportion serait de 5 % pour SCHULZE, ISRAEL et CRISP en 1959.

Il est certain que l'utilisation de moyens d'investigation plus perfectionnés, jointe à une meilleure connaissance de l'affection, contribue et contribuera à améliorer ce pourcentage.

Le tableau le plus évocateur qui puisse se rencontrer serait celui

- associant :
- l'âge ménopausique
 - l'association clinique :
 - hydroporrhée
 - métrorragies
 - tumeur
 - douleur
 - des examens para-cliniques positifs :
 - frottis
 - ou - hystérosalpingographie ou encore curetage
biopsique.

Il n'est presque jamais réalisé et on discute :

- Les lésions utérines :

Malignes : - cancer du corps
- cancer de l'endo-col

Bénignes : - fibrome
- métrite

- Les lésions ovariennes :

Tumeur de l'ovaire qu'elle soit maligne ou non,
compliquée ou non.

- Les lésions de la trompe :

Deux sont discutées : - la salpingite
- la tumeur bénigne qu'il
s'agisse d'un hydro ou d'un hémato-salpinx.

Il existe une hiérarchie dans la gravité de l'erreur.

S'il est de peu de conséquence de décider une intervention sur un diagnostic de tumeur maligne de l'utérus ou de l'ovaire, il est nettement plus grave de laisser évoluer une lésion dont la malignité est certaine en la camouflant derrière une affection rassurante dont le fibrome reste le type.

Les inflammations banales peuvent souvent évoluer en même temps que le cancer et pour éviter des erreurs il est bon de pratiquer une intervention exploratrice chez toute femme au voisinage de la ménopause qui présente une anomalie gynécologique dont la nature bénigne ne peut être prouvée avec certitude.

DIAGNOSTIC PER - OPERATOIRE - ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Il appartient donc presque toujours à l'examen direct per-opératoire, le soin d'établir le diagnostic.

Selon le stade atteint par la tumeur, on peut schématiquement décrire trois aspects :

- Tumeur extensive
- Trompe dilatée
- Trompe normale

Tumeur extensive :

C'est le cas le plus simple et le plus défavorable.

Il est réalisé par la présence de végétations tumorales, colonisant la trompe, l'ovaire et le péritoine du petit bassin.

A ce stade :

- l'ascite est abondante
- les adhérences sont serrées
- les métastases certaines
- l'exérèse des lésions impossible ou illusoire.

Le diagnostic hésite entre tumeur maligne de l'ovaire qui pour elle l'argument de fréquence, et tumeur maligne de la trompe.

L'examen anatomo-pathologique emportera la conviction.

Trompe dilatée :

C'est ce qui se produit dans la majorité des cas. Nous l'avons rencontré dans toutes nos observations.

La trompe apparaît dilatée et ses parois sont d'aspect lisses.

Souvent c'est une collection liquidienne qu'elle contient :

- soit qu'il s'agisse d'un hydrosalpinx
- soit plus souvent d'un hémato-hydro-salpinx

Mais parfois, la consistance est plus molle et sans rénitence.

Enfin la trompe parait dilatée et la paroi est infiltrée.

Si la trompe contient du liquide il est bon d'ouvrir celle-ci après son ablation.

Le liquide qui s'écoule est de couleur brune et il laisse voir des végétations plus ou moins groupées en bouquets.

Il existe d'autre par des débris néoplasiques qui nagent dans le liquide.

Ce aspect macroscopique des lésions a été constaté dans nos observations 2 - 5 et 6.

Si la consistance de la trompe est molle, son ouverture, après ablation, permet de voir des végétations papillaires qui cette fois occupent la lumière dans presque toute son étendue.

L'implantation des végétations est dans la grande majorité des cas effectuée aux dépens des deux tiers externes de la muqueuse. Il est exceptionnel d'en découvrir au niveau de l'isthme.

Nous avons constaté 4 fois des végétations intratubaire dans nos observations 1 - 3 - 4 - 8.

Lorsque la trompe est modérément dilatée et qu'elle contracte des adhérences avec les parois du petit bassin ou avec des organes adjacents, elle présente une paroi épaisse dont l'infiltration est sensible.

L'ouverture de celle-ci montre encore la présecne de

de végétations dans la lumière.

Cet aspect a été rencontré dans nos observations 7 et 9.

Trompe normale.

Si la lésion est prise au début de son évolution l'aspect extérieur de la trompe peut sembler tout à fait normal.

La palpation peut même ne rien révéler.

Il faudra alors attendre les résultats de l'examen anatomopathologique pour connaître la vérité.

La constatation de telles lésions entraîne un certain nombre de discussions.

Que devient l'ostium abdominal de la trompe ?

Selon la majorité des auteurs, l'ostium abdominal de la trompe se ferme assez rapidement. Ce qui explique le développement en vase clos des végétations néoplasiques, étant donné que l'ostium utérin s'oblitére souvent lui aussi.

C'est ce qui explique d'autre part la rareté des métastases précoces et de l'ascite.

Cette oblitération de l'orifice tubaire abdominale est provoquée par l'accolement d'origine inflammatoire des franges du pavillon et nous avons vu que cette oblitération est un argument pour la pratique de l'hystérosalpingographie.

Lorsque l'ostium abdominal reste perméable ce qui se produit parfois, l'accroissement de la tumeur provoque son effraction à travers le pavillon et les végétations se répandent sur l'ovaire et

sur le péritoine. Dans ce cas l'ascite fait très rapidement son apparition.

La lésion tubaire est indifféramment rencontrée à droite ou à gauche.

Dans un nombre variable de cas elle peut même être bilatérale. GOLDBERG donne 1/3 des cas avec lésion bilatérale, tandis que LOMBARDO et CORSCADEN en donnent 5 %.

Dans notre courte série, les lésions étaient strictement unilatérales.

Lorsque chaque trompe est porteuse d'une lésion tumorale maligne, se pose le problème de la bilatéralité du cancer ou de la coexistence du cancer primitif d'un côté et d'une métastase de l'autre.

Le développement simultané de deux cancers primitifs est défendu par HUBER et de CLERCK, parce qu'on retrouve des caractères anatomo-pathologiques identiques dans les tumeurs de chaque trompe ce qui ne serait pas le cas si une métastase occupait l'une et le cancer l'autre.

Le fait que deux cancers puissent se développer en même temps sous un aspect macroscopique normal, fait ressortir si besoin est l'impérieuse nécessité de confier les pièces d'exérèse gynécologique à l'anatomo-pathologiste. Nous verrons que cette attitude a conduit à la description de cancer tubaire in situ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans une proportion de 97 %, les tumeurs de la trompe sont des épithéliomas.

Le sarcome est une rareté.

Les tumeurs mixtes ou épithélio-sarcome une exception.

EPITHELIOMAS

Les caractères régionaux de l'épithélium génital restent toujours bien tranchés, surtout en ce qui concerne les régions extrêmes de l'appareil müllerien, même dans les conditions pathologiques.

L'épithélium de la trompe reste cylindrique, et celui du vagin reste pavimenteux stratifié. Leurs tumeurs observent la même fixité.

Les épithéliomas de la trompe sont des épithéliomas cylindriques, qui sont : papillaires et tubuleux.

Les papilles ne sont pas purement épithéliales, mais possèdent souvent un axe conjonctif, grêle et ramifié.

Les structures tubuleuses répondent aux figures d'invasion interstitielle des parois.

Dès 1926, SAENGER et BARTH proposent la classification actuellement admise, après qu'elle ait été reprise par HU et HERTIG en 1950 et SOUTHWOOD en 1957.

I - Epithélioma papillaire

La tumeur est dans la lumière tubaire, et reste localisée à la muqueuse.

Elle est formée de cellules cylindriques, plus ou moins régulières à monstruosité rares, qui sont disposées en une ou plusieurs assises autour d'un axe conjonctif plus ou moins grêle et ramifié.

II - Epithélioma tubulo-papillaire

où les cellules s'ordonnent en tubes plus ou moins villosités.

Ces tubes ont des aspects très variés, selon l'activité sécrétante des cellules et leur activité multiplicatrice.

Si les cellules sécrètent peu, c'est un épithélioma tubuleux.

Si elles se multiplient très vite, c'est un épithélioma végétant, car les cellules entraînent des plicatures des épithélium qui dessinent des festons papillaires qui végétent dans les cavités dilatées.

Dans cette forme, la néoplasie déborde la muqueuse, infiltre la paroi et atteint les lymphatiques.

III - Epithélioma alvéolaire ou massif

Il est réalisé par un accroissement considérable du nombre des cellules.

Les festons papillaires s'accolent et les cellules s'orientent autour des cavités. C'est à cet aspect qu'on a donné

parfois le nom d'adénocarcinome, bien qu'il ne traduise pas une véritable structure glandulaire.

Les cellules sont jeunes et les monstruosités et les mitoses y sont fréquentes.

Dans cette forme, les lymphatiques sont très envahis.

Il existe aussi des formes atypiques caractérisées par la perte de toute aptitude des cellules à l'orientation et au groupement.

Selon l'importance des sécrétions cellulaires on aura :

- soit un épithélioma atypique simple
- soit un épithélioma atypique muqueux

Parfois peuvent s'associer des épithéliomas malpighiens plus ou moins différenciés.

Il est admis aujourd'hui que cette classification n'a que la valeur d'étiquette et qu'elle ne désigne en fait que des modes évolutifs différents d'une même néoplasie.

A l'appui de cette thèse citons :

- l'existence de forme de passage de l'une à l'autre sur la même coupe histologique
- la constatation de formes différentes sur des coupes sériées du même organe.

C'est pourquoi HU et HERTIG, voulurent tirer du stade évolutif, un élément pronostic.

Ils rapportent en effet 28 ans de survie pour une femme au stade I et 8 mois au contraire pour une femme au stade III.

Dans notre série nous avons rencontré :

- 3 épithéliomas végétants : obs. 4 - 5 - 9
- 2 épithéliomas de type massif : obs. 2 - 6
- 2 épithéliomas de type papillaire : obs. 1 - 3
- 1 épithélioma de type tubulo-papillaire : obs. 8
- 1 épithélioma de type anaplasique : obs. 7

Deux développements sont possible puisqu'il s'agit d'un organe creux : - soit développement papillaire dans la lumière de la trompe

- soit développement interstitiel qui infiltre les parois de la trompe.

La même tumeur peut évoluer sur un mode papillaire d'abord puis tubulaire, ce qui entraîne la formation d'un épithélioma cystico-papillaire dont nous avons rencontré un cas -Obs. 9-

Il existe une forme anatomo-pathologique particulière de l'épithélioma de la trompe : c'est la forme insitu.

Cette forme fut décrite par MANDELSHTAM, GREEN, GARDNER et RYAN qui dans son article montre la photographie de la jonction entre la muqueuse saine et l'épithélioma.

Le diagnostic de cette forme qui ne peut être que microscopique impose l'examen systématique des trompes lors d'une hystérectomie pratiquée pour quelque lésion que ce soit.

DIAGNOSTIC HISTO - PATHOLOGIQUE

Le diagnostic différentiel entre tumeur hyperplasique tumeur bénigne et tumeur maligne de la trompe n'est pas toujours aisé.

C'est ainsi qu'il faudra éliminer :

I - Les lésions inflammatoires :

L'épithélium de la trompe réagit avec exubérance aux inflammations chroniques.

Les gonococcies chroniques

La tuberculose

provoquent des hyperplasies épithéliales pures très impressionnantes.

L'axe conjonctif est élargi et allongé par une intense infiltration inflammatoire.

- infiltrat gonococcique lymphocytaire

- existence de follicules disséminés dans une nappe lymphocytaire en cas de tuberculose.

Les franges s'accolent et se soudent entre elles, ménageant des lacunes irrégulières.

A cela s'ajoute les proliférations de leur épithélium. Celui-ci pousse des tubes ramifiés qui pénètrent dans le tissu conjonctif inflammatoire des franges.

Cette prolifération désordonnée prend tout à fait l'allure d'un cancer.

Mais :

- il y a peu de mitoses
- et celles-ci ne sont jamais anormales
- l'invasion ne dépasse jamais le plan muqueux chorion et musculaire sont toujours respectés.

II - Tumeurs bénignes :

En dehors du léiomyome de la trompe qui est très rare, peut se poser le diagnostic de papillome ou de papille-adénome.

Il s'agit d'une masse née de l'épithélium, dilatant la trompe, n'envahissant pas les parois.

Elle est formée par des tubes et des papilles revêtues de cellules cylindriques claires et régulières.

III - Endométriose :

Elle est distincte de la salpingite isthmique nodulaire où existe une prolifération kystique adénomateuse de la muqueuse avec lésion inflammatoires.

L'endométriose est habituellement située dans la portion interstitielle de la trompe.

Il existe une hyperplasie des franges et de petites tumeurs séparées et intra-pariétales.

En fait, c'est surtout macroscopiquement que le diagnostic peut être difficile. Histologiquement, les lésions de l'endométriose sont assez typiques.

IV - Les métastases :

Peuvent être discutées les métastases

- d'un cancer de l'ovaire
- d'un cancer du corps de l'utérus
- d'un cancer primitif du péritoine

Ces diagnostics peuvent être insolubles, comme celui de l'observation N° 7.

De toutes façons le traitement sera celui d'une lésion maligne.

METASTASES DU CANCER DE LA TROMPE

Le cancer primitif de la trompe reste longtemps intra-tubaire et tant que son volume est réduit, il n'a aucune traduction clinique.

Il a cependant une réputation d'extrême malignité car :

- il se développe dans un organe à paroi mince
- il peut diffuser dans plusieurs directions, en utilisant différentes voies.

C'est ainsi que les métastases peuvent se faire :

- par envahissement de proche en proche
- par implantation
- par voie lymphatique
- par voie sanguine

I - Envahissement de proche en proche

C'est le cas d'un cancer très évolué qui s'extériorise dans la cavité péritonéale en franchissant l'ostium abdominal et le pavillon tubaire. Les végétations prolifèrent sur les organes de voisinage : utérus - intestin - péritoine - etc.

En règle générale, l'envahissement du petit bassin se traduit cliniquement par l'apparition d'une ascite devenant rapidement séro-hémorragique.

D'autre part, il existe des adhérences qui transforment les organes pelviens en bloc inextirpable.

II - Métastases par Implantation

On entend par implantation la greffe d'une cellule

cancéreuse qui migre de la tumeur originale et qui se fixe puis se développe sur un organe de voisinage.

Pour un cancer de la trompe, il ne peut y avoir d'implantation que sur l'endomètre ou sur l'ovaire et sur les organes pelviens. Les métastases vaginales par implantation sont rares..

Pour qu'une métastase soit reconnue comme étant par implantation il faut comme le demandent BORST et SELLHEIM :

- une séparation nette de la tumeur primitive et de sa métastase
- une rigoureuse identité des aspects microscopiques
- une atteinte seule de la muqueuse à l'exclusion de toute lésion au niveau de la musculature.

Cette dernière clause visant à éliminer une voie possible de migrations.

Ces métastases ne semblent pas très fréquentes.

En effet, NURNBERGER dans une étude de trois cent cas, ne relève que 15 cas de métastases de l'endomètre certainement produites par migrations de cellules néoplasiques desquamées d'un cancer papillaire typique.

La migration en direction de l'utérus est facile à concevoir et les métastases endométriales sont admises aisément. Les métastases vaginales sont presque impossibles car la cellule trop altérée est incapable de se fixer.

Il est plus difficile d'admettre la migration à contre courant, de cellules néoplasiques en direction de l'ovaire.

III - Métastases par voie lymphatique

Les métastases par voies lymphatiques sont fréquentes et rapides.

Les organes les plus fréquemment touchés sont l'ovaire et l'utérus, ce qui n'est pas pour surprendre étant donné les connexions lymphatiques intimes qui relient ces deux formations à la trompe. Selon HUGE l'atteinte de l'ovaire peut se chiffrer à 50 % des cas et celle de l'utérus traduite par une métastase dans le myomètre aux environs de 15 %.

Les proportions varient suivant les auteurs mais les atteintes ovariennes peuvent s'étager entre 25 % selon BLOCK et 85 % selon NURNBERGER.

Le vagin et la trompe opposée sont atteints aussi dans des proportions importantes.

PEHAM et DORAN signalent 2 métastases vaginales sur 12 cas.

- l'une apparue 27 jours après l'intervention
- l'autre 17 mois après.

RODDICK et DANFORTE citent l'apparition d'une localisation vaginale 4 ans après exérèse de la tumeur primitive.

Ils rapportent d'autres parts une observation d'une métastase au niveau de la trompe gauche d'un cancer primitif de la trompe droite opéré par annexectomie simple 12 ans auparavant, la femme ayant alors 30 ans.

Les métastases ne restent pas localisées au tractus génital.

Dans notre observation n° 4, il existait une métastase épiploïque lors de l'intervention.

Des métastases ganglionnaires ont été décrites et elles

tirent leur intérêt du fait que le diagnostic d'affection maligne en évolution peut être porté grâce à leur biopsie.

SICARD et MARSAN rapportent l'observation d'une malade venue consulter pour une adénopathie inguinale droite isolée. La ponction puis la biopsie du ganglion montre du'un épithélioma de la trompe gauche.

Quinze jours après l'intervention, apparaissent de nouveaux ganglions à droite. Un curage ganglionnaire bilatéral est effectué et l'analyse des ganglions montre que les droits sont métastatiques et que les gauches sont indemnes.

Il y a donc une adénopathie métastatique croisée avec la lésion d'origine. Ce qui illustre bien la complexité des relations lymphatiques.

PINN et JAVERT citent un cas où une métastase ganglionnaire fut prise pour une hernie inguinale étranglée.

De son côté, MOZLEY rapporte l'observation d'une malade qui a présenté une métastase au niveau du ganglion de Troisier, huit mois après avoir subi une intervention pour cancer de la trompe.

IV - Métastases par voie sanguine

Ces métastases sont en général d'apparition très tardive. Elles se développent soit parce que la tumeur initiale a atteint un degré avancé d'évolution

soit même et plus souvent lorsque la tumeur initiale a été enlevée.

C'est dans cette catégorie que doit être rangée notre observation n° 1.

En effet, La malade opérée en octobre 1958, consulte en 1961, pour des douleurs lombaires en ceinture.

Radiologiquement, on décèle une métastase entraînant le tassement de la 12ème vertèbre dorsale.

Après un traitement radiothérapique, elle revient consulter en mars 1962 pour des douleurs thoraciques avec gêne respiratoire.

Il existe une métastase pleurale avec pleurésie hémorragique que l'on peut stabiliser.

Si des auteurs comme HORMANN cite des métastases intestinales, ou comme THALER qui cite des métastases hépatiques et pulmonaires, nous n'avons pas retrouvé de description de métastases osseuses ou pleurales.

La grande diversité des voies de propagation fait donc du cancer de la trompe une affection extrêmement migratrice.

Elle est exactement superposable dans son évolution à celle du cancer du corps et du col de l'utérus ou des tumeurs malignes de l'ovaire.

Du fait des conditions particulières de son développement, ce cancer resté longtemps ignoré et sa découverte est souvent trop tardive, lorsque l'envahissement lymphatique ou sanguin a déjà eu lieu.

Bien que les voies lymphatiques de la trompe se drainent dans les ganglions latéro-aortiques, aucune observation ne fait jusqu'à ce jour mention de leur envahissement.

Par contre, l'envahissement péritonéal du pelvis a été constaté de nombreuses fois ce qui conduit à formuler deux hypothèses:

- soit que la voie principale de drainage lymphatique soit pelvienne
- soit que l'extension pelvienne rapide aboutisse à la carcinose péritonéale avant que l'envahissement des ganglions latéro-aortiques n'ait eu le temps de se manifester.

TRAITEMENT

Par suite du manque de séries homogènes, le traitement du cancer primitif de la trompe n'est pas codifié et de ce fait les résultats ne sont guère comparables.

Trois méthodes peuvent être utilisées, ce sont :

- la chirurgie
- les agents physiques
- les agents chimiques

La Chirurgie

Il est admis par tous les auteurs qu'il faille enlever la lésion.

Mais on peut recourir à diverses techniques.

- L'hystérectomie totale empruntant les annexes semble rallier
- la majorité des suffrages.

Les interventions plus étendues qu'il s'agisse :

- soit de l'opération de WERTHEIM
- soit de l'hystéro-lymphadénectomie,

ne sont pas très utilisées et réservées à des cas d'espèces.

En effet, HAYDEN et PCTIER, ayant constaté que les ganglions pelviens étaient intacts, alors que le péritoine était envahi dans 5 nécropsies sur 5 pratiquées dans leur série de 12 cas, ont plutôt tendance à considérer comme très relative la valeur des interventions élargies.

Les interventions plus limitées comme l'annexectomie simple peuvent dans certains cas se discuter :

- dans celui où la nature de la lésion n'est pas reconnue macroscopiquement
- ou dans le but d'utiliser une technique de traitement différente.

Les Agents physiques

On les utilise sous toutes leurs formes.

Le RADIUM est utilisé systématiquement par KOTTMEIER au Radiumhemmet de Stockholm.

Il se contente d'une exérèse limitée de la lésion et utilise l'utérus comme porte-radium.

Cette technique qui semble dangereuse à de nombreux auteurs, a donné entre les mains de son promoteur une statistique flatteuse.

ROSS et WARD utilisent aussi cette technique avec les doses habituelles de 4 500 mgh environ.

Deux de nos malades ont été traitées par la radiumthérapie, l'une pour un cancer du corps et l'autre en utilisant seulement le col d'une hystérectomie sub-totale pour porter 10 mg en aiguille, tandis qu'un colpostat permet d'utiliser les aiguilles nécessaires à l'obtention des 4 500 mgh.

FOBE utilise le cobalt radio-actif monté sur sphères et introduit dans le vagin.

La cobalthérapie a été utilisée par divers auteurs.

En France, la dose totale est de 5 000 rF appliquée en deux champs et étagée sur 6 semaines.

La radiothérapie est bien plus universellement utilisée . les doses sont assez différentes suivant les auteurs et sont aussi fonction de l'appareillage dont ils disposent.

Schématiquement, on donne 4 500 rT répartis en 8 champs : 4 antérieurs et 4 postérieurs.

Le traitement étant étagé sur 8 à 10 semaines.

Les produits radio-actifs comme l'or ou le phosphore sont utilisés parfois en injection locale surtout lorsqu'il y a de l'ascite.

Les doses sont de l'ordre de 100 à 150 millicuries.

La chimiothérapie

Elle est extrêmement mouvante par suite de diversité des produits qui sont quotidiennement proposés.

La littérature rend compte d'une utilisation fréquente de ces produits tels que les moutardes à l'azote, la 6 azur : l'endoxan, etc..

BERTRAND et BRUNOTTE rapportent l'observation d'une femme de 56 ans qui 2 mois après une intervention pour cancer de la trompe fait une récurrence péritonéale, et 24 mois après, une pleurésie métastatique.

Le traitement fut : - caryolysine intra-pleurale 1 000 mg.

- endoxan 1-V. 6 g.

- 10 mg/J de NILVAR.

Cette malade vivait encore 3 ans après.

Les autres observations concernent des malades atteintes de cancer de l'utérus, de l'ovaire ou de carcinose péritonéale.

Aucune de ces méthodes n'est utilisée seule. Il y a toujours ou presque toujours intérêt à associer plusieurs méthodes.

Dans un premier temps, est effectuée une intervention chirurgicale de nettoyage local, suivie le cas échéant de traitement par les agents physiques.

Il semble, du moins actuellement, que les agents chimiques soient d'utilisation plus limitée.

En conclusion nous pouvons formuler un schéma de traitement.

Nous préférons la Colpo-hystérectomie large, qui bien réglée reste une opération bénigne.

Elle offre en outre, l'avantage de fournir à l'examen histologique une pièce importante qui permet une étude approfondie des ganglions. Cette étude pouvant guider le traitement ultérieur.

Par exemple : Si aucun ganglion n'est envahi, ne pas instituer de traitement complémentaire.

Si au contraire, plusieurs ganglions sont pris, il faut alors entreprendre un traitement par le cobalt.

Dans ce cas, d'une lésion déjà très étendue, il faut essayer de pratiquer une exérèse de la lésion aussi complète que possible et faire de la cobalthérapie.

Enfin dans les récurrences locales, qui surviennent dans "les bons cas" il faut pratiquer une exérèse complémentaire et aller jusqu'à la colpp-hystérectomie, puis ensuite entreprendre la cobalthérapie.

Dans les cas où la cobalthérapie est impossible à pratiquer, la radiothérapie pénétrante sera utilisée.

PRONOSTIC DU CANCER DE LA TROMPE

Le fait que le cancer primitif de la trompe jouisse d'une mauvaise réputation est lié à :

- sa latence clinique
- ses difficultés de diagnostic
- son traitement trop tardivement entrepris.

Dans notre courte série, il nous est difficile de donner un pourcentage valable de survie, puisqu'aucune de nos malades n'offre 5 ans de recul depuis le moment de leur traitement.

Les pourcentages de survie à cinq ans et au-delà sont relativement faibles.

En 1953, LE GOFF donne 25 cas à 5 ans sur 550 cas, soit une proportion de 4,5 %.

Les autres statistiques avancées par d'autres auteurs ne sont pas meilleures.

Plus récemment, par contre, les pourcentages sont nettement plus optimistes.

SCHULZE en 1959 donne 13 %.

KOTTMEIER la même année donne 36,24 % de guérison à 5 ans et c'est la meilleure statistique.

En 1960, HAYDEN et POTTER avancent 27 %.

Des survies très longues ont été obtenues et sans conteste la plus longue est celle de la malade de JOHNSON qui survécu 35 ans à l'ablation de la lésion initiale.

Les durées de 8 et même 12 ans sont signalées avec une

certaine fréquence.

Les localisations génitales multiples ne sont pas tellement péjoratives puisque SCHUIZE sur 136 cas trouve 39,2 % de guérison.

Pourquoi une telle différence se manifeste-t-elle dans les statistiques entre celles qui sont antérieures à 1950 et celles qui sont plus récentes?

Il semble que l'affection soit mieux connue et l'amélioration du pourcentage des guérisons est lié :

- à un meilleur diagnostic
- à un traitement plus précoce
- et surtout à un traitement plus efficace.

Cependant, devant chaque cas, se pose le problème de prévoir l'évolution.

Il n'y a pas de critère pronostique.

La jeunesse est probablement un facteur péjoratif comme dans n'importe quel autre cancer.

L'existence de métastases ou d'un envahissement du péritoine, sont aussi de mauvaise augure.

Et cependant, une survie de 28 ans de HU et celle de JOHNSON était des femmes jeunes.

Par contre, des cancers en apparence peu évalué sont susceptibles d'entraîner un décès rapide.

En réalité comme pour le cancer du sein ou celui de l'utérus, il n'y a aucun parallélisme entre l'aspect de la lésion et son évolutivité.

à E. SINGER en 1936.

Elle concerne un sarcome à cellules rondes.

En 1958, ABRAMS en collige 31 cas.

Actuellement on peut en dénombrer 38, le dernier étant celui de ZECEVIC, survenu chez une fillette de 11 ans.

Il semble que la moyenne d'âge soit pour le sarcome, inférieure à celle des autres tumeurs de la paroi.

Les sarcomes à cellules rondes concernent des fillettes de 20 à 30 ans.

Cliniquement, rien ne permet de les individualiser.

Ils se présentent avec la même symptomatologie imprécise que les épithéliomes et le diagnostic n'est finalement porté que lors de l'exploration, sur l'aspect macroscopique particulier ou par l'examen histologique.

Caractéristiques

Il s'agit exclusivement de sarcomes mésenchymateux qui procèdent tous des constituants normaux de la paroi.

Le volume de la tumeur est variable. Il est rare cependant qu'il soit très considérable.

La consistance aussi est variable. Elle peut être dure comme celle d'un fibrome, ou au contraire molle.

La couleur particulière est un bon moyen d'identification.

Elle est blanc nacré dans les sarcomes fibroblastiques
blanc mat ou rosé dans les sarcomes myoblastiques.

Histologiquement

Le diagnostic de sarcome est assez facile.

Les sarcomes lymphoblastiques n'ont jamais été rencontrés.

Par contre, dans la littérature sont signalées à peu près
toutes les autres formes.

Les sarcomes les plus fréquents sont les fuso-cellulaires.

Viennent ensuite les sarcomes à cellules rondes.

et les réticulo-endothélio-sarcomes.

Des formes plus rares comprennent :

- les sarcomes léiomyoblastiques typiques ou atypiques
appelés encore, sarcomes polymorphes.
- les sarcomes endo et périthéliaux
- les myosarcomes.

La gravité toute particulière du sarcome vient de la précocité des métastases qui se font exclusivement par voie sanguine.

Comme la latence d'évolution est grande : le diagnostic est porté alors que les métastases ont déjà eut lieu.

Les survies à 5 ans sont plus rares que pour l'épithélioma malgré un traitement associant chirurgie et radiothérapie.

EPITHELIO - SARCOMES OU TUMEURS MIXTES

Les tumeurs mixtes malignes de la trompe sont très exceptionnelles, puisque 11 observations environ ont été décrites jusqu'à nos jours.

Le premier cas est celui de AMANN décrit en 1892 comme un tératome et qui était en fait un adénocarcinome avec évolution sarcomateuse du stroma qui contenait du cartilage et de l'os.

Le second est celui de FRANQUE en 1902.

Il s'agit d'une femme de 51 ans ménopausée qui consulte pour une augmentation du volume de l'abdomen avec des douleurs et de la fièvre.

L'examen montre qu'il s'agit d'une tumeur du petit bassin étendue à la moitié gauche de l'abdomen et touchant presque l'ombilic.

L'exploration chirurgicale a révélé une néoplasie tubaire bilatérale avec métastases utérine et péritonéales.

L'examen histologique prouve qu'il s'agit d'une tumeur carcino-endothéliomateuse avec des métastases de type sarco-endothéliomateux pur.

MOTTA en 1926 décrit le troisième cas.

C'est une fillette de 14 ans décédée d'une néoplasie abdominale qui se présente comme une grosse masse tumorale développée aux dépens des annexes gauches, avec invasion du petit bassin et métastases multiples.

Histologiquement c'est une combinaison d'éléments de types embryonnaire, conjonctival et épithélial.

On trouve : - un tissu sarcomateux avec des cellules globuleuses mais à prédominance fuso-cellulaires.

- un adéno-carcinome avec des aires de métaplasie et un épithélium pavimenteux.

Il existe en outre une métastase pulmonaire de type sarcomateux per à prédominance fuso-cellulaires.

et une métastase de type mixte carcinosarcomateux dans le foie.

En 1933 LEURET publie son observation.

La malade avait été atteinte de métrite et de salpingite gauche. Un mois avant l'intervention sont apparues des douleurs abdominales. Le diagnostic pré-opératoire a été celui de kyste de l'ovaire bilatéral.

L'intervention montre une tumeur bilatérale des trompes.

L'examen histologique montre :

- sur la trompe droite, un cancer de type papillaire
- sur la trompe gauche, un cancer papillaire et une néoplasie sarcomateuse, polymorphocellulaire avec prédominance de fuso-cellulaire.

Il existe de plus des métastases de nature différente :

- carcinomateuse sur l'ovaire droit
- sarcomateuse sur l'épiploon et le sigmoïde

La cinquième observation est rapportée par PLATZ en 1940.

Il s'agit d'une femme de 54 ans qui souffre depuis 6 mois de douleurs abdominales irradiant dans les membres inférieurs.

Depuis trois semaines sont en outre apparues des pertes muco-sanguinolentes.

L'examen révèle la présence de deux tumeurs annexielles :

- à droite du volume d'un poing, peu mobile
- à gauche, plus petite mais plus dure.

L'intervention montre que les deux trompes sont transformées en deux masses tumorales ressemblant à deux hydrosalpinx dont la lumière contient des végétations.

L'examen histologique montre :

- un adénocarcinome avec un stroma remanié en sarcome polymorphocellulaires

C'est ensuite l'observation de LAUDADIO en 1941, qui est la sixième.

Sa malade âgée de 60 ans, nullipare, a noté quatre mois avant l'intervention une discrète augmentation du volume de son abdomen, accompagnée de sensation de pesanteur dans le bas-ventre et par l'apparition de pertes séro-hématiques.

L'examen gynécologique montre l'existence d'une tumeur ayant l'allure d'un utérus gravide de 4 à 5 mois, qui semble fixée au plancher pelvien.

L'intervention révèle la présence de deux masses néoplasiques :

- A gauche : - tumeur en banane
- A droite : - tumeur sphérique de la taille d'une orange.

L'histologie montre la présence d'un sarcome de type fusocellulaire et d'un carcinome de type épithélio-pavimenteux.

FERRANDO en 1950 apporte la septième observation.

Il s'agit d'une femme de 58 ans souffrant depuis longtemps de coccygodynies. Quelques temps avant l'intervention ses douleurs s'aggravent et s'accompagnent de pollakiurie de ténésmes et d'épreintes.

L'examen est effectué par voie rectale chez cette femme vierge. A la limite de l'ampoule du rectum et du sigmoïde, on perçoit une formation annulaire indurée irrégulière et bombant sous la muqueuse.

L'intervention fut décidée après lavement baryté pour amputation du rectum.

Celle-ci permet de découvrir qu'il s'agit d'une tumeur de la trompe droite d'allure papillomateuse dont le pavillon adhère étroitement à la jonction recto-sigmoïdienne.

Il existe un petit nodule métastatique sur le péritoine et sur l'anse intestinale voisine.

L'examen histologique montre une néoformation maligne qui intéresse la partie épithéliale et la partie conjonctive car il s'agit d'un adénocarcinome et d'un sarcome de type fuso-cellulaire.

L'observation de KOEING en 1957 fait état d'un sarcome fibroblastique dans lequel se développent des éléments épithéliaux anormaux.

Une métastase au niveau du ligament large est analysée et entraîne les mêmes conclusions : il existe des cellules sarcomateuses et épithéliomateuses.

En 1959, est publiée l'observation de R. ROSSI qui se rapporte à une femme de 65 ans multipare et diabétique.

Elle ne consulte pas pour des pertes mais pour une augmentation discrète du volume de son abdomen, à laquelle se joignent des douleurs pelviennes à irradiations lombaires.

Au touchervaginal on sent une masse latéro-utérine bombant à droite. L'utérus est un peu prolabé et il existe certainement de l'ascite.

Le diagnostic est celui de cancer de l'ovaire.

L'intervention montre la présence d'ascite et d'une tumeur de la trompe droite.

L'examen anatomo-pathologique est le suivant.

La trompe droite apparaît comme étant le siège d'un adénocarcinome avec des zones de métaplasie d'épithélium pavimenteux et confondus intimement avec un tissu franchement sarcomateux de type fuso-cellulaire prédominant et qui présente une composante chondromateuse évidente.

Les deux dernières observations connues de tumeurs mixtes de la trompe sont publiées dans la thèse de Madame SACREZ.

Celle d'une malade de 59 ans ayant consulté pour des douleurs abdomino-pelviennes, opérée en 1933 et perdue de vue aussitôt après.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'hystérectomie et en particulier de la trompe révèle qu'il s'agit d'une tumeur maligne, présentant des caractères épithéliomateux et sarcomateux intriqués.

Les parties végétantes restent dans tous les cas beaucoup

moins importantes que l'envahissement intersitiel.

Enfin l'observation de Madame P... 52 ans qui présentait des métrorragies évoluant depuis 4 mois.

Un curetage biopsique le 29-10-1957 ne révèle rien.

La malade est hospitalisée en février 1958 pour sub-occlusion : douleurs pelviennes métrorragies et fièvre.

Il existe une tumeur maligne de la trompe, obstruant la lumière tubaire et envahissant la paroi avec même des coulées cancéreuses péri-tubaires.

Il s'agit encore de deux processus intriqués : épithéliomateux et sarcomateux.

La généralisation extrêmement rapide de la maladie n'a pas permis une survie de plus de 4 mois.

Sur le plan clinique rien ne permet de différencier les cancers de la trompe des tumeurs mixtes.

L'anatomie pathologique macroscopique même est impuissante à la faire. Seul en effet l'examen microscopique peut déceler les modifications cellulaires qui permettent la classification en épithélioma ou en sarcome.

L'existence de ces deux types de tumeurs parfois séparée, parfois intriquée, a fait soulever quatre hypothèses que nous rapportons.

A - Transformation directe des cellules néoplasiques d'un type à l'autre

B - Stimulation à la prolifération maligne d'une partie d'un des tissus tumoraux sur les éléments d'un tissu d'un autre type.

C - Germe blastogène initialement à double structure qui aurait stimulé le développement de la néoplasie.

D - Les deux s'édifient accidentellement et indépendamment.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Comparées aux cas décrits, nos observations nous amènent à formuler un certain nombre de conclusions.

I - Par rapport aux autres tumeurs de l'appareil génital féminin, les tumeurs malignes de la trompe n'occupent qu'un pourcentage compris entre 0,16 et 2 %.

Ce sont des affections relativement rares, et si la fréquence semble avoir augmenté des dernières années, c'est plus par l'amélioration des moyens de diagnostic que par augmentation de la fréquence de la maladie.

II - L'âge moyen se situe aux environs de la ménopause, avec une majorité post-ménopausique.

Les sarcomes et les épithélio-sarcomes frappent des femmes dont l'âge moyen est inférieur.

III - On a voulu voir dans la salpingite banale ou tuberculeuse une affection servant de lit au cancer. Si on trouve en effet la coexistence des deux affections, il faut la considérer comme une coexistence fortuite. Sinon, étant donné le nombre élevé d'inflammation salpingienne, celui des cancers serait aussi plus élevé.

Comme pour les autres cancers, il n'y a pas d'étiologie claire pour celui de la trompe.

IV - La trompe de Fallope, provenant du canal de MULLER dérive du mésoderme. Elle comporte trois tuniques et son épithélium est cylindrique.

Son drainage lymphatique est le même que celui de l'utérus et de l'ovaire. Les relations sont extrêmement complexes entre les lymphatiques de ces trois parties du tractus génital féminin.

.. - Le diagnostic clinique de l' affection est difficile à poser. La triade symptomatique est rarement constatée.

En fait, il semble que ce diagnostic serait plus souvent évoqué si on y pensait.

Il faut donc penser au cancer de la trompe au même titre qu'à celui du corps de l'utérus ou qu'à celui de l'ovaire.

VI - Si on pense à la néoplasie tubaire possible, il faut alors proposer un certain nombre d'examen, d'autant qu'il s'agit d'examen de pratique courante en gynécologie.

Nous proposons le schéma suivant :

- Frottis vaginaux. Nous en savons les limites.
- Hystéro-salpingographie. C'est à notre avis l'examen le plus important que l'on puisse effectuer.

S'il n'apporte pas la clef du diagnostic il donne au moins une image de la cavité utérine ce qui permettra de pratiquer

- le curetage biopsique, sa valeur est grande si les frottis sont positifs et que le curetage soit négatif.

- enfin la coelioscopie qui sera préférée à la culdoscopie du fait de la fréquence des formes camouflées et de la plus grande difficulté d'appréciation.

VII - Devant l'impossibilité d'un diagnostic clinique certain, c'est l'examen macroscopique des lésions qui devient le temps essentiel.

Il faut retenir quelques aspects :

- tumeur extensive : la nature maligne est facile à affirmer
- trompe dilatée : la séreuse est lisse. La dilatation peut être due à une collection liquidienne :

- hydro ou hémato-salpinx.

ou à une prolifération de végétations.

- trompe à paroi infiltrée
- trompe normale.

Dans ce cas, les difficultés sont maximum.

VIII - Cette dernière éventualité fait ressortir l'importance majeure des examens anatomo-pathologiques.

Dans le doute, faire examiner extemporanément la lésion, constitue le moyen diagnostic idéal.

Si la lésion tubaire n'est pas suspectée, elle ne pourra être découverte que par la pratique de l'examen histologique systématique de toutes les pièces d'exérèse.

IX - L'extension lymphatique aurait lieu plus souvent vers le pelvis que vers les ganglions lombo-aortique. Les métastases à ce niveau n'ayant jamais été signalées, tandis que la carcinose péritonéale l'est fréquemment.

X - Cette extension lymphatique fréquente justifie à notre avis l'attitude thérapeutique suivante :

- colpo-hystérectomie plus ou moins élargie à la demande
- si les ganglions sont intacts : expectative
- si les ganglions sont envahis : cobalthérapie
ou radiothérapie pénétrante.

XI - L'étude des pièces d'exérèse, qui rappelons-le, sera systématique permettra de préciser le type de la lésion.

- c'est en règle un épithélioma qui est :
 - papillaire
 - tubulo-papillaire
- plus rarement c'est un sarcome
- et d'une façon exceptionnelle, il peut s'agir d'un épithélio-sarcome.

XII - Le pronostic est difficile à formuler.

Il n'existe aucun critère qui puisse être utilisé.

On admet qu'il est mauvais chaque fois que l'extension apparaît importante. Mais de longues survies ont été observées.

D'autre part on ne connaît pas le devenir de petites lésions malignes passées inaperçues et enlevées avec une lésion bénigne type fibrome.

La bilatéralité des lésions n'apparaît pas comme facteur aggravant.

BIBLIOGRAPHIE DEPUIS 1955

- ABRAMS J. KAZAL H. Cancer primitif de la trompe. I cas.
Amer. J. Obst. Gyn. 75 - I - 180 - 182 1958
- ADINOLFI G. FANELLI A. Cancer primitif de la trompe de Fallope
Arch. Ostet. Gynec. 66 - 802 - 818 1961
- ANISKOVA F. Sur le problème du cancer tubaire
Akou. Gyn. Moscou. 38 - 70 - 73 1962
- ANKLEWICZ. Thèse Toulouse. Contribution à l'étude du cancer de la trompe.
Toulouse 1955
- BARICALA A. Cancer de la trompe.
Minerva Gynec. Turin. 8 - 20 - 799 - 808 1956
- BARR M. Cancer primitif de la trompe.
Minnesota Medical. 42 - 6 - 1612- 1616 1959
- BASCH M. PELLERIN M. 2 cas de cancer primitif de la trompe.
C-R Soc. Frge. Gynec. 18 décembre 1961
- BOCHNER K. Cancer primitif de la trompe de Fallope.
Obst. Gyn. New-York. 18 - 767 - 769 1961
- BOSE K. I cas de cancer bilatéral des trompes de Fallope.
British J. Clin. Prat. 16 - 1920 1962
- BRUSILOVSKI I. EPHSTEIN I. Cancer primitif de la trompe.
Akou. Gyn. Moscou. 3 - 40 - 42 1960
- CARENZA L. 2 cas de cancer primitif de la trompe.
Minerva Gynec. Turin. 8 - 12 - 513 - 519 1956
- CARIATY A. FAZZINI P. Etude du cancer primitif de la trompe.
Arch. de Vecchi Anat. Pat. 35 - 321 - 360 1961
- CAVALLERO G. ROSSI R. Tumeurs mixtes malignes de la trompe.
Pathologica 51 (780-782) 443 - 452 1959
- CHATZIMMANOUEL E. Cancer primitif de la trompe.
Hellen. Iatr. 31 - 315 - 320 1962
- CIASCA G. Cancer primitif de la trompe.
Riv. Ostet. Gin. Florence. 12 - 11 - 624 - 641 1957

- COX J. 1 cas de cancer de la trompe. Journal International
College of Surgeon. Chicago. 27 - 719 - 722 1957
- CRON R. CLAUDE J. 1 cas de cancer de la trompe.
Obst. Gyn. New-York. 13 - 734 - 736 1959
- CUNTO B. Cancer primitif de la trompe de Fallope.
Rev. Paulista Med. 55 - 204 - 217 1959
- CZIPRI M. TUMBOR J. Diagnostic précoce de cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 80 - 997 - 1000 1958
- DANIEL Endothéliome de la trompe et de l'ovaire.
Gynécologie pratique. 4 - 203 - 216 1960
- De CECCO Cancer de la trompe.
Quad. Clin. Ostet. Gynec. 13 - 316 - 332 1958
- De CLERCK Cancer de la trompe.
Bruxelle Medical 33 - 1574 - 1586 1955
- DEDEN C. Diagnostic cytologique d'un cancer de la trompe.
Ugesk Laeger 117 - 790 - 791 1955
- DELAGE J. OPPERMAN A. Diag. et évolution d'un cancer de la trompe.
Soc. Anat. Paris. Section Ana-Path. Fév. 1962
- DOMINGEZ ADAME ROMERO Chorio-épithéliome du mésosalpinx.
Med. Madrid 25 - 6 - 258 - 266 1957
- DORANGEON P. PALMER R. Coelioscopie dans le cancer génital.
Gyn. Prat. 13 - 5 - 335 - 346 1961
- DORIGO L. Un cas de cancer de la trompe.
Riv. Anat. Pat. Onkol. 17 - 120 - 134 1960
- DUARTE F. DIAS L. Tumeur adénomateuse de la trompe.
Hôpital Rio 59 - 1095 - 1099 1961
- DURY Franz Von A propos du chorio-épithéliome de la trompe.
Wursburg N° 20 1956
- DVORAK O. Cancer primitif de la trompe.
Ceskoslovenska Gynae. 23 - 37 - 29 - 31 1958

- EHLERS G. Sur le mésothéliome de la trompe.
Zbl. Allg. Path. 98 - 3 - 4 - 169 - 172 1958
- ENGSTROM L. Cancer primitif de la trompe.
Acta. Obst. Gyn. Scand. 36 - 3 - 289 - 305 1957
- ENNKER J. Diag. Pré-opératoire du cancer de la trompe.
Geb.u.Frauenhkl 15 - 898 - 907 1955
- FANZAGO G. Cancer de la trompe bilatéral.
Minerva Ginec. Turin. 10 - 504 - 510 1958
- FIGUERO A. CASAS P. Cancer de la trompe.
Anales de Cirurgia Rosario. 21 - 3 - 142 - 144 1956
- FOBE H. THIERY M. A propos d'un adénocarcinome de la trompe.
Bruxelle Médical 38 - 57 - 65 1958
- FRANKEL A. Cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 72 - 131 - 142 1956
- FREESE U. Cytologie des cancers de la trompe.
Geb.u.Frauenhkl 17 - 173 - 180 1957
- FROEWIS J. KREMER H. Diag. précoce d'un cancer de la trompe.
Krebzart Vienne 13 - 3 - 141 - 145 1958
- FRECH H. Adénocarcinome de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 72 - 151 1956
- FUNK-BRENTANO P. PALMER R. Cancer de la trompe.
Mem. Ac. Chir. 83 - 29 - 30 - 903 - 907 1957
- GARRET R. Cytologie des tumeurs extra-utérines.
Obst. and Gynec. 14 - 21 1959
- GAULIS G. Notes de gynécologie pratique.
Rev. Med. Suisse Romande. 79 - 333 - 341 1959
- GAUTIER P. SOOTS G. Tumeurs mastic des deux trompes.
Lille Chir. 11 - 3 - - 174 - 178 1956
- GERLEI F. STANGL J. Tératomes des deux trompes.
Zbl. Gynäk. 80 - 1513 - 1528 1958

GOGL H. LANG F. Lerbuch der speziellen path. anat.		
Berlin	19	1958
GOLDMANN J. GANS B. Hydrops tubae profluens. I cas.		
Obstet. Gyn. New-York 18 - 631 - 634		1961
GOETZ R. Trois cas de cancer de la trompe.		
Zbl. Gynäk. 77 - 74 - 81		1955
GROEN L. OOSTERHAGEN P. Diag. Pré-opératoire de cancer de la trompe.		
South Af. Med. J. 29 - 37 - 40		1955
GUYOMAR J. Cancer de la trompe.		
Gynécologie pratique. 12 - 53 - 59		1961
GUIXA H. CEBOLLERO L. Deux cas de cancer de la trompe.		
Semana Med. Buenos-Aires 112 - 12 - 415		1958
HARISE Contribution à l'étude du cancer de la trompe.		
Thèse Toulouse		1956
HAYDEN G. POTTER E. 12 cas de cancers de la trompe.		
Amer. J. Obst. Gyn. 79 - 1 - 24 - 31		1960
HELO A. Cancer primitif de la trompe.		
Acta Obst. Gyn. Scand. 39 - 256 - 266		1960
HENDERSON BEGG A. Cancer primitif de la trompe de Fallope.		
Est Afr. Med. J. 36 - 4 - 231 - 233		1959
HERTIG A. HAZEL-GORE Atlas des tumeurs.		
Section 9 Fasc. 33 Washington Armed Forces		1961
HOFSTAETTER Cancer in-situ de la trompe.		
Krebsartz Vienne 15 - 318 - 329		1960
JEFFERIS D. 1 cancer primitif de la trompe.		
British J. Med. 5 - 158 - 1 002 - 1 014		1959
JOHNSON W. 35 ans de survie pour un cancer de la trompe.		
Amer. Surgeon Baltimore. 24 - 7 - 489 - 491		1958
JOYLE R. Cancer de la trompe.		
Ohio State Med. J. 52 - 9 - 944 - 946		1956

- KAMHANKIJA V. BEAVEN W. Un cas de cancer de la trompe.
Med. ann. D.C. 30 - 344 - 346 1961
- KISS G. JOZSA L. Aspects du cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 83 - 1 603 - 1 606 1961
- KLEFSTAD F. Un cancer de la trompe.
Bordeaux Chir. 2 - 96 - 99 1958
- KNAUTH H. Adénocarcinomes de l'utérus et de la trompe.
Zbl. Allg. Path. 97 - 465 - 471 1958
- KOENIG P. Diag. du sarcome de la trompe.
Geb. u. Frauenhkl 17 - 2 - 137 - 144 1957
- KNEZEVIC SVARC J. Cancer de la trompe.
Med. Arhiv. Sarajevo. 11 - 1 - 99 - 102 1957
- KOMOLOVSKA A. SOKOL H. Cancer primitif de la trompe.
Ginaek. Polska. Lodz 545 - 550 - 28 septembre 1957
- KOTTMEIER H. Cancer de la trompe utérine.
E.M.C. 3 - 690 - A 10 1 - 2 1959
- KOVATS K. Clinique et morphologie des cancers tubaires.
Acta. Med. Hung. 8 - 85 - 98 1955
- KREMER H. ULM R. Problèmes du cancer de la trompe.
Arch. Gynäk. 185 - 609 - 623 1955
- KRUGMANN P. FISHER J. Cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 80 - 722 - 726 1960
- LARSSON E. SHOOLEY J. Cytologie vaginale dans le cancer tubaire.
Amer. J. Obst. Gyn. 72 - 6 - 1364 - 1366 1956
- LATCHER J. Cancer de la trompe.
N-Y. State Méd. J. 57 - 11 - 1900 - 1907 1957
- LEGRAND M. BEAUDRY Un cancer primitif de la trompe.
Lille Chir. 15 - 1 - 29 - 31 1960
- LEONHARTD A. Cancer de la trompe uni et bilatéral.
Zbl. Gynäk. 78 - 41 - 1645 - 1649 1956

- LEPENNETIER F. ROUQUET F. Tumeur de la trompe de Fallope.
J. Radiol. Paris. 37 - 1/2 - 48 - 49 1956
- LEPIC B. L'Hystérosalpingographie dans le cancer de la trompe.
Mém. Electro-Radiologie. 1957
- LEVY Cancer primitif de la trompe. Revue.
Gaz. Méd. Port. 13 - 471 - 489 1960
- LOMBARDO F WOOD H. 6 cas d'adénocancers de la trompe de Fallope.
Obst. Gyn. N-Y. 17 - 611 - 617 1961
- LONG J. JAMES H. Cancer de la trompe de Fallope.
U.S. Forces Med. J. Washington. 7 - 9 - 1359 1956
- MAC FARLANE Cancer de la trompe.
Glasgow Méd. J. 36 - 310 - 313 1955
- MADERNA C. Cancer primitif de la trompe.
Rev. Ostet. Gynec. 39 - 7 - 638 - 648 1957
- MAGENDIE J. LEGER H. Cancer de la trompe.
Bordeaux Chir. 42 - 44 Janv. 1955
- MAGENDIE J. LEGER H. REGNIER M. 2cas de cancer de la trompe.
Bull. Soc. Gyn. Obst. Langue Fge 8 -4 - 492 1956
- MAGGIPINTO B. Etude du cancer de la trompe.
Ateneo Parmense. 26 - 379 - 401 1955
- MAIMONE G. 3 cas de cancers de la trompe de Fallope.
Riv. Ostet. Gynec. Prat. 41 - 1007 - 1022 1959
- MAMCENKO Cancer primitif de la trompe.
Pediater. Akou. Guinek. Moscou 4 - 59 - 60 1957
- MAMDELSTAMN V. Cancer primitif de la trompe.
Vop. Onkol. 6 -2 - 57 - 61 1960
- MARSHALL Cancer bilatéral de la trompe.
Méd. J. Australia. 43 - 28 - 304 - 305 1956
- MARTIN K. Diagnostic du cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 82 - 1499 - 1504 1960

- MASON L. Cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Surgery 93 - 5 - 842 - 847 1957
- MILLS W. 3 cas de carcinome de la trompe.
Proc. Roy. Soc. Méd. Londres. 48 - 454 - 455 1955
- MONTERO D. Cancer de la trompe.
Ann. Bras. Ginec. 53 - 11 - 16 1962
- MOZLEY P. BAKER W. Un cas de cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 80 - 67 - 68 1960
- MUDD J. Un cas de cancer de la trompe ayant simulé une appendicite.
J. Méd. Assoc. Alabama. 27 - 312 1958
- MULLER W. Cancer de la trompe.
Ned. T. Verdlovsk. 60 - 193 - 197 1960
- NATALE A. SAN ROMAN Cancer de la trompe.
Obst. Gin. Am. Latine. 13 - 87 - 90 1955
- NAUJOKS H. Cytologie vaginale dans le cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 82 - 3 - 95 - 99 1960
- NOVAK E. Gynecology and obstetric Pathology
Philadelphie Page 287 1958
- ORLANDI Cancer de la trompe.
Arcispedale S. Anna. Ferraire. 11 - 5 - 1001 1958
- ORTIZ-MEDINA A. DEROSAS J. Cancer de la trompe.
Dia. Méd. 33 spécial 2 518 - 2 522 1961
- PAOLETTI I. Un cas de mésothéliome de la trompe.
Arch. Ostet. Ginec. 66 - 638 - 649 1961
- PATOIR G. LE MAITRE. Diag. pré-opératoire du cancer de la trompe.
Lille Chir. 11 - 4 - 245 - 248 1956
- PEREGO Cancer de la trompe.
Riv. Ostet. Ginec. Prat. 40 - 10 - 1 042 - 1 053 1958
- PEZZOLI Cancer de la trompe.
Riv. Ostet. Ginec. Prat. 40 - 10 - 1 060 1958

- PICTON P. Trois cas de cancer de la trompe. 2 avec survie de 2 ans
Brit. Emp. J. Obst. Gyn. 66 - 663 1959
- PODELSKA A Aspects cliniques du cancer de la trompe.
Krebsartz Vienne. 12 - 6 - 345 - 346 1957
- POZZI P. RILKE Un cas de fibrosarcome de la trompe.
Ann. Ostet. Gin. 83 - 579 - 584 1961
- RADOVIC P. Cancer de la trompe.
Srpski. Arh. Cetok. Lek. Beograd 85 - 3 - 304 1957
- REDOY D. GUPTA K. Cancer de la trompe.
J. Ass. Indian Méd. Calcutta. 29 - 10 - 399 1957
- RENYI F. VAMOS G. Le système lymphatique de la trompe.
Virchow's Archiv. Path. Anat. 329 Nov. 1956
- RODDICK J. DANFORTH D. Un cas de cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 80 - 67 - 69 1960
- RHU H. 2 cas de cancer de la trompe de Fallope.
Obst. Gyn. New-York. 9 - 3 - 355 - 357 1957
- ROSS W.M. WARD C.W. 8 cas de cancer primitif de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 83 - 425 - 429 1962
- RYAN G. Cancer primitif in situ de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 84 - 198 - 219 1962
- SACREZ J. Tumeurs malignes de la trompe.
Thèse Strasbourg 1960
- SARAVIA H. FACCONI J. Cancer primitif de la trompe.
Prensa. Méd. Argentina. 46 - 2 254 - 2 256 1959
- SARDI J. L. ARIGHI L. Cancer de la trompe.
Semana Méd. 106 - 175 - 177 1955
- SCHENK S. MACKLESS A. Cancer de la trompe à frottis positifs.
Amer. J. Obst. Gyn. 81 - 4 - 782 - 783 1961
- SCHNEIDER Cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 79 - 5 - 184 - 189 1957

- SCHULZE K. Tumeurs primitives multiples dans le cancer de la trompe
Zbl. Gynäk. 80 - 51 - 1 992 - 1 997 1959
- SCHWACH E. Diagnostic et traitement du cancer de la trompe.
Wien. Clin. Wschr. 73 - 643 - 645 1961
- SCOFFIER J.P. 5 observations de cancers de la trompe.
Thèse PARIS 1957
- SEDLIS ' Cancer primitif de la trompe.
Obst. Gyn. Surgery. 16 - 209 - 216 1961
- SETLISKAIA S. ZHELEZNOV B. Cancer primitif de la trompe.
Akou. Gyn. Moscou. 35 - 2 - 83 - 84 1959
- SEMERAC V. Diagnostic du cancer de la trompe.
Néoplasma 6 - 221 - 224 1959
- SERMENT H. Un cancer primitif de la trompe.
Soc. Nat. Obst. Gyn. de France. 2 - 180 - 181 1962
- SHARMA K. AGARWAL S. Trois tumeurs génitales chez une femme
Amer. J. Obst. Gyn. 80 - 6 - 1 111 1960
- SIGALOVA E. Cancer primitif de la trompe de Fallope.
Akou. Gyn. Moscou. 1 - 64 - 68 1955
- SIMONTON R. Cancer de la trompe de Fallope.
Norwest Médecine Seattle. 57 - 1 - 37 - 38 1958
- SINHA A. 2cas d'hydrops tubae profluens.
Brit. Méd. J. 2 - 996 1959
- SKARNAKIS S. 2cancers primitifs de l'appareil génital féminin.
Zbl. Gynäk. 49 - 1 901 - 1 911 1957
- SKOLNIG G. Cancer primitif de la trompe.
Akou. Gyn. Moscou. 1 - 57 - 58 1957
- SLOUSCH Z. Diagnostic pré-opératoire du cancer de la trompe.
Kazan Medical Zh 2 - 74 1962
- SMOLKA H. SOOST H. Atlas de gynécologie et de cytodiagnostic.
Stuttgart 1956

- SONG Y. Diagnostic cytologique d'un cancer de la trompe.
Amer. J. Obst. Gyn. 70 - 29 - 35 1955
- SORENSEN B. Cytodiagnostic d'un cancer de la trompe.
Ugesk Laeger. 118 - 244 1956
- SOWINSKI W. Cancer de la trompe.
Gynäk. Polska. 26 - 68 - 72 1955
- SOUTHWOOD W. Cancer de la trompe se présentant comme une urgence abdominale.
Brit. J. of Surgery. 44 - 487 - 489 1957
- SUAREZ FERNANDEZ Adénocarcinome de la trompe.
Arch. Cub. de Cancerologia. 16 - 7 - 9 - 293 1957
- SUSUKI S. SATO K. Un cancer primitif de la trompe.
The Jam. J. Cancer. Res. Tokio. 47 - 3 - 4 - 722 1956
- TAGLIAFFERO G. Cancer primitif de la trompe.
Clin. Ostet. Gin. Rome. 58 - 5 - 286 - 296 1956
- TATUM H. GOLDEN A. Cancer de la trompe.
Clin. Obst. Gyn. N-Y. 1 - 4 - 1 113 - 1 117 1958
- TONIETTE S. VELARDE A. Cancer de la trompe.
Southern Méd. J. 53 - 1 253 - 1 257 1960
- TRAMONTANO A. Un cas de cancer primitif de la trompe.
Sicilia Méd. 12 - 258 - 262 1959
- ULLIUS K. Tératome tubaire : triphyllome.
Zbl. Gynäk. 77 - 48 - 1 892 - 1 894 1955
- VALSECCHI A. Un cas de cancer de la trompe.
Minerva Ginec. 13 - 1 129 - 1 134 1961
- VAN-SHU-YEN 6 cas de cancer primitif de la trompe.
Akou. Gyn. Moscou. 2 - 80 - 83 1959
- VAVRIK Cancer de la trompe.
Cekoslov. Gynäk. 21 - 35 - 270 1956
- VLADAR J. Cancer de la trompe et métastase vaginale.
Nöovosok Lapy 18 - 309 - 312 1955

- WANDERLY L. Cancer de la trompe.
Ann. Brasil. Gyn. 39 - 141 - 148 1955
- WALDEYER L. WEBERLING J.F. 3 cas de cancer de la trompe.
Zbl. Gynäk. 79 - 767 - 773 1957
- WILLIS R. Embryologie et Pathologie
LONDRES 1958
- WURCH T. OPPERMANN A. Cytodépistage d'un cancer de la trompe.
Strasbourg Méd. 11 - 165 1960
- ZECEVIC N. PAVLOVIC S. Torsion d'un sarcome de la trompe.
Spski. Ahiv. Celók. Lek. 88 - 711 - 713 1960

BIBLIOGRAPHIE ANTERIEURE A 1955

-
- | | | | | | |
|-------------|----------------------------|------|-------------|---------------------------|------|
| AARON J.B. | Amer.J.Obst.Gyn. | | BOURG | Diag.Cyto.Cancer Fem. | |
| | 42 - 1080 - 1086 | 1941 | | Edit. Masson | 1954 |
| AMANN | Zbl.f.Gyn. | | BRACALE | Arch.Ostet.Gin. | |
| | 35 - 256 | 1911 | | 4 - 294 - 308 | 1940 |
| AMREICH | Zbl.f.Gyn. | | BRET | Presse Médicale | |
| | 46 - 209 - 213 | 1928 | | 62 - 86 - 1 808 - 1813 | 1954 |
| ANDERSON H. | Obst.Gyn.N-Y. | | BREWER | Obst.Gyn.N-Y. | |
| | 3 - 89 - 92 | 1954 | | 8 - 664 - 672 | 1956 |
| ANSPACH | Amer.J. Surgery | | BRIDE | J.Obst.Gyn.Brit.Emp. | |
| | N° 3 sept. | 1931 | | 43 - 1 191 | 1936 |
| ANTONOWITCH | Forts.Geb.Röntgen. | | BUNKE | Geb.u.Frauenhkl. | |
| | Vol 73 N° 2 juin | 1950 | | Ann. 9 - Fasc. 6 | 1949 |
| ARRIGHI | Semana Méd.Buenos-Ayres | | BURGDORF | Zbl.f.Gynäk. | |
| | Vol 57 N° 30 juil. | 1950 | | 72 - 1 182 | 1949 |
| ASTORRI | Riv.Anat.Pat. | | BURGER | Bull.Soc.Obst.Gyn. | |
| | 9 - 173 - 186 | 1954 | | 307 | 1931 |
| AYRE | Amer.J.Obst.Gyn. | | CABRERA | B61-Soc.Chilena Obst.Gyn. | |
| | 50 - 196 | 1945 | | 13 - 64 | 1948 |
| BANCROFT | J.Obst.Gyn.Brit.Emp. | | CALK | Am. Surgeon | |
| | 53 - 453 - 460 | 1947 | | 17 - 697 | 1951 |
| BANNISTER | Proc.Roy.Soc.Med. | | CARPENTER | Am.J.Surgery | |
| | 17 - 86 | 1924 | | 83 - 4 | 1952 |
| BARBOUR | J.Obst.Gyn.Brit.Emp. | | CARPENTIER | Thèse Paris | |
| | 20 - 116 | 1911 | | | 1948 |
| BARETT | Proc.Roy.Soc.Med. | | CASE | N-Y.St.J.of Méd. | |
| | N° 3 | 1931 | | 51 - 11 juin | 1951 |
| BARROW | Amer.J.Obst.Gyn. | | CERESER | Minerva Gin. | |
| | XIII | 1927 | | Ann. 3 - 9 - 399 - 410 | 1951 |
| BAUE | Thèse Paris | | CLAUS | Zbl.f.Gyn. | |
| | | 1949 | | 74 - 1 672 | 1952 |
| BEHRENS | Geb.u.Frauenhkl. | | CORSCADEN | Gynecological Cancer | |
| | 14 - 1107 - 1113 | 1954 | | New-York | 1951 |
| BELLO | Cron. Méd.Lima. | | CORDIER | Semaine des Hôp. | |
| | 34 - 189 | 1917 | | 28 - 1 218 | 1952 |
| BERTINO | La Gynécologia | | CORNIL | Gyn. Obst. | |
| | | 1906 | | 28 - 561 - 574 | 1933 |
| BESSERER | Geb.u.Frauenhkl. | | COTTE | Lyon chirurgical | |
| | Ann. 13 - Fasc. 9 | 1953 | | 381 | 1932 |
| BIAR | Thèse Paris | | CRUTTENDER | J.Obst.Gyn.Brit.Emp. | |
| | | 1924 | | 57 - 937 - 940 | 1950 |
| BLOCK | Acta Radiologica.Stockholm | | CURRAN | New-England.J.Méd. | |
| | 1- 28 - 49 - 68 | 1947 | | 64 - 236 | 1947 |
| BORSTEIN | Southwestern méd. | | DANIEL | Thèse Lille | |
| | 34 - 174 | 1953 | | | 1899 |
| BORTINI | Ann.Ostet.Gin. | | DANNREUTHER | Amer.J.Obst.Gyn. | |
| | 51 - 294 - 308 | 1940 | | 30 - 724 | 1935 |
| BOSCHANN | Z.Geb.u.Gyn. | | DARET | Thèse Bordeaux | |
| | 136 - 158 | 1952 | | | 1939 |
| BOUQUET | Bull.Soc.Gyn.Obst. | | DE GIOSUE | Arch.Vecchi.Anat.Pat. | |
| | 164 | 1933 | | 8 - 769 - 796 | 1946 |

DELANNOY	Gynécologie Obst.			FUNK-BRENTANO	Brux.Méd.		
	7	1923			32 août	1953	
DIAMANT	Presse Médicale			GANDER	Clinica Contemp.Lisbonne		
	15 - 2 février	1954			5 - 1 - 24 - 28	1951	
DICKSON	J.Cbst.Gyn.Brit.EMP.			GEORGIL	Zbl.f.Gyn.		
	59 - 6 - 834 - 837	1952			32 9 août	1930	
DODD	Surg.Gyn.Obst.			GINESTET	Thèse		
	39 - 302	1924			Toulouse	1949	
DORAN	J.Obst.Gyn.Brit.EMP.			GITTELSON	Geb.u.Gyn.		
	17 - 1	1910			79 - 53	1928	
DOUAY	Bull.as.Gyn.Obst.L.Fge.			GLASTRUP	Ugesk.Laeger.		
	2 - 3 - 280	1950			1 497 - 1 503	1953	
DOUTRE	Bordeaux chirurgical			GOLDBERG	Amer.J.Obst.Gyn.		
	Fasc. 2	1952			68 - 4 - 1 169 - 1 173	1954	
DUBOUCHER	Bull.Soc.Obst.Gyn.			GOMBERT	Thèse		
	184 - 185	1932			Lyon	1938	
DUCUING	Bull.Soc.Obst.Gyn.			GOSSET	Ann.Gyn.Obst.		
	162	1938			6 - 66	1909	
DUMONT	C-R.Soc.Fge.Gyn.			GOTTSCALK	Zbl.f.Gyn.		
	18 - 7 - 219 - 221	1948			10 - 727	1886	
DUTTA	J.Obst.Gyn.India.			GREENE	Arch.of Path.Chicago		
	55 - 60 - 76	1954			47 - 6 Juin	1949	
EDWARDS	Amer.J.Obst.Gyn.			GRIMOUD	Toulouse Médical.		
	53 - 6 - 1 049 - 1054	1947			48 - 2 Février	1947	
EFSKIND	Acta.Path.Micro.Scand.			GRISI	Ann.Ostet.Gin.		
	30 - 3 - 4	1952			45 - 121	1923	
ELGNETA	Bull.Soc.Méd.Chil.O.G.			GUERCIO	Ann.Ostet.Gin.		
	15 - 7 - 259	1950			71 - 609	1949	
EMGE	West J. Surgery			HAUPT	Zbl.f.Gyn.		
	56 - 334	1948			57 - 742 - 745	1933	
FALGE	Geb.u.Frauen.			HARVINGSEN	Nordisk Médecine		
	13 - 4 avril	1953			43 - 708 - 710	1950	
FALK	Deutsch.Méd.Woch.			HELD	Gyn. Obst.		
	35 - 554	1890			11 - 395	1935	
FAURE	Traité de Gyn.Méd.Chir.			HENKE	Handbuch der Spieziellen		
	Doin Edit.	1923			Berlin	1930	
FAVREAU	Thèse			HEYDE	Geb.u.Gyn.		
	Paris	1924			11 - 910	1921	
FERRANDO	Minerva Gynec.			HILL	Western J.Surg.Obst.Gyn.		
	Ann. 2 - 10 - 442	1950			58 - 2 - 68 - 71	1950	
FIDLER	Amer.J.Obst.Gyn.			HORALEX	Acta Gynaec.Brunensi. Clin		
	67 - 5 - 1 103	1954			190 - 218	1956	
FINNE	Cancer			HORST	Bull.as.Gyn.L.Fge.		
	2 - 803	1949			5 - 64 - 65	1953	
FLEURENT	Bull.Soc.Obst.Gyn.			HU HERTIG	Am.J.Obst.Gyn.		
	452	1933			59 - 1 - 58 - 67	1950	
FRANKL	Handbuch d. Spiez.			HUBER	Z. Geb. Gyn.		
	Berlin	1930			131 - 1 - 4	1949	
FRANQUES (Von)	Verh.Deuts.Ges.Gyn.			ISBELL	Am.J.Obst.Gyn.		
	Congrès	1901			54 - 576	1947	
FULLERTON	Am.J.Surgery			ISIDORE	La Gynécologie		
	47 - 467 - 472	1940			Novembre	1936	

ISLITZER	Zbl.f.Gyn.			LIAROS	Bull.algérien de Gynecologie		
	74 - 19 - 736 - 739	1952			Avril-juin 3 - 6	1950	
ISRAEL	Amer.J.Obst.Gyn.			LOFGREN	Surg.Gyn.Obst.		
	68 - 6 - 1589 - 1593	1954			82 - 2	1946	
JACOBS	Bull.Soc.Gyn.Obst.Belge			LOSCH	Der Krebsartz.		
	8 - 56	1897			2 - 10 - 449 - 459	1947	
JANVRIN	New-York Méd.J.			MAC FADIEN	Canad.J.Méd.Ass.		
	49 - 609	1889			56 - 6 - 578 - 580	1952	
JOHNSON	Am.J.Obst.Gyn.			MAC LEOD	Proc.Roy.Méd.Soc.		
	61 - 3 mars	1951			43 - 5	1950	
JONES	Am.J.Obst.Gyn.			MACREZ	Thèse		
	28 - 324	1893			Paris	1899	
JORGENSEN	Acta.Obst.Gyn.Scand.			MADDEN	J.Obst.Gyn.		
	18 - 326	1938			57 - 1	1950	
JOYEUX	Montpellier Médical			MARTZLOFF	Am.J.Obst.Gyn.		
	N° 27 - 28 - 203	1945			40 - 804	1940	
KAHLDEN	Beit.Pat.Anat.			MEIGS	Tumeur du pelvis		
	21 - 275	1897			New-York	1924	
KEARNS	Canad.Méd.Assoc.			MITCHELL	Am.J.Obst.Gyn.		
	26 - 73	1932			50 - 283	1945	
KEHRER	Geb.u.Gyn.			MORTON	Am.J.Obst.Gyn.		
	27 - 327 - 346	1908			54 - 1	1947	
KERNODE	Am.J.Obst.Gyn.			MOTTA	Ann.Ostet.Gin.		
	56 - 1 083	1948			48 - 611 - 623	1926	
KLEIN	Zbl.f.Gyn.			MULLER	Zbl.f.Gyn.		
	53 - 29	1929			39 - 451	1915	
KOENIG	Gynecologia			MULLINS	Am.J.Obst.Gyn.		
	124 - Fasc. 4	1947			45 - 1 042	1943	
KREBELER	Arch.Gynec.			MURRAY	Rev.ass.Méd.Argentine.		
		1932			63 - 661 - 662	1949	
KUVOVAC	Srpski.Ar.h.Celok.Lek.			NAVRATIL	Der Krebsartz		
	81 - 1 147 - 1 152	1953			6 Fasc. 3 - 4	1951	
LABRY	Am. J.Obst.Gyn.			NEIMANN	Am.J.Obst.Gyn.		
	64 N° 5	1952			60 - 3	1950	
LATZKO	Am.J. Obst.Gyn.			NETTER	Rev.Gyn.Obst.		
	54 - 140	1947			45 - 19 - 21	1950	
LAUDADIO	Ann. Ostet.Gin.			NICOD	Bull. Cancer		
	63 - 1 017 - 1 048	1941			23 - 518	1934	
LAX	Zbl.f.Gyn.			NORRIS	Surg.Gyn.Obst.		
	76 - 849 - 859	1954			8 - 273 - 278	1909	
LEAHY	Bull.Soc.Gyn.Obst.			NOVOSED	Ginek.Polska.Varsovie.		
	6 - 4 - 502	1954			23 N° 2	1952	
LE BALLE	Gyn.Obst.			NURNBERGER	InVeit Stoeckel Handbuch		
	Avril	1929			der Gynäk. Vol VII 679	1932	
LEGENE	Gyn.Obst.			OLESEN	Acta Gyn.Obst.Scand.		
		1909			29 - 3 - 246 - 254	1949	
LE GOFF	Thèse			ORTHMANN	Zeit.Geb.u.Gyn.		
	Paris	1953			15 - 212	1888	
LEITER	Zbl.f.Gyn.			PANINI	Arch.Ostet.Gin.		
	23 - 1 145	1930			56 - 1 janvier-février	1951	
LEURET	Ann.Ana.Path.			PAPADOPOULOS	C-R Soc.Fge.Gyn.		
	10 - 1 220 - 1 222	1933			18 - 7 - 222 - 230	1948	

- PAPANICOLAOU Am.J.Obst.Gyn.
51 - 3 - 316- 328 1946
- PARETT Am.J.Obst.Gyn.
56 - 2 - 360 - 365 1948
- PARODI Traité d'ana-path.
Turin 1929
- PEHAM Zeitschr.f.Heilk.
24 - 317 - 323 1903
- PERALTA Prensa.Méd.Argentina
38 - 16 - 954 1951
- PIERROT Zbl.f.Gyn.
76 - 1051 - 1056 1954
- PLATZ Arch.f.Gyn.
170 - 604 - 615 1944
- POLOSSON Gyn.Obst.
45 - 5 bis 1946
- QUINTO Riv.It.Ginec.
22 - 2 - 24 1939
- RABINOVITCH Am.J.Obst.Gyn.
N° 5 1931
- RAGIUS Am.J.Path.
24 - 993 1948
- RAMOS Prensa Méd.Argentine
38 - 16 - 954-958 1951
- RAPAPORT Rev.Ass.Méd.Argentina
63 - 653 - 654 1949
- RAURAMO Acta.Obst.Gyn.Scand.
25 - 235 - 255 1945
- RAYMOND InMartin
Eduard Besold Liepzig 1895
- REIBER Zbl.f.Gyn.
25 - 1428 - 1432 1939
- RICKFORD Proc.Roy.Soc.Méd.
38 - 322 1945
- RILLEMIN Bull.Soc.Gyn.Obst.
642 1953
- ROBINSON Am.J.Obst.Gyn.
32 - 84 1936
- ROCMANS Bull.Ass.Gyn.Obst.
L.Fçce. 1 - 4 - 376 1949
- ROKITANSKI In Martin
Eduard Besold Liepzig 1895
- RONDONI Il cancro
C.E.A. 1946
- ROSCHER Zbl.f.Gyn.
27 - 1 063 - 1068 1956
- ROTH Am.J.Obst.Gyn.
61 - 5 1951
- ROUX Ann. Chir.
30 - N° 3 1954
- RUGE Arch.f.Gyn.
106 - 207 1916
- SAITZ Chirurgia
Ginaekologii Août 1929
- SAMMARTINO Arch.Italiano.Urologie
26 Fasc. 4 1953
- SANGER Arch.Path. et Lab. Méd.
2 - 161 1926
- SHEFFEY Am.J.Obst.Gyn.
52 - N° 6 1946
- SCHILLER Klinish Méd. Vienne
6 - 3 Mars 19 1951
- SCHMIDT Z.Geb.u.Frauenhik.
112 - 339 1936
- SENGER Zbl.f.Gyn.
10 - 601 1886
- SENRA Ann.Bras.Ginec.
34 - 211 - 221 1952
- SHEFFEZEK Gynäkol Ges.Breslau
1911
- SHELDON J.Obst.Gyn.Brit.Emp.
114 1951
- SICARD Presse médicale
62 - 1 534 1954
- SOUBEIRAN La Gynécologie
Sept. 1931
- SPEISER Zbl.f.Gyn.
11 - 981 1931
- SPENGER J.Obst.Gyn.Brit.Emp.
27 - 200 1915
- THALER Zbl.f.Gyn.
40 - 490 - 496 1916
- THOYER Bull.Ass.Gyn.Obst.L.Fçce.
2 - 277 - 279 1950
- TROUETTE Toulouse médical
51 - N° 2 1950
- UATAJA Acta.Obst.Gyn.Scand.
33 - 465 - 473 1954
- VALLE Lagynécologia
14 - 9 - 383 - 424 1948
- VARANGOT Gyn.Obst.
53 - 2 - 154 1947
- VESELL Am.J.Obst.Gyn.
54 - 140 - 144 1947
- VOZZA Atti.Mem.Soc.Lomb.Ostet.Gin.
1 - Fasc. 5 1933
- WATTEVILLE Bull.Ass.Gyn.Obst.L.Fçce.
1 - 3 - 201 - 203 1949
- WATKINS Surgery
50 1951
- WEEKES Am.J.Obst.Gyn.
64 - 1 1952
- WEIL Bull.Ass.Gyn.Obst.L.Fçce.
4 - 1 1952
- WIENINGER Zbl.f.Gyn.
75 - Fasc. 2 1953
- WOLSKEL J.Obst.Gyn.Brit.Emp.
60 - 4 - 535 - 537 1953

VU :

LE DOYEN

VU

et PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR

de l'ACADEMIE DE PARIS

VU

Le Président de Thèse

Monsieur le Professeur SICARD

